Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens $2^1/_2$—3 Bogen. Preis vierteljährlich 6 ℳ., praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 32. 11. August 1896

Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1.
Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70.

43. Jahrgang.

Originalien.

Aus der chirurgischen Klinik des Geh.-Rath Czerny in Heidelberg.

Heilerfolge durch Hypnotismus.

Von Dr. *Hugo Starck*, Assistent der Klinik.

Der Hypnotismus hat bereits seinen 50. Geburtstag gefeiert und liegt noch immer in der Wiege, wenigstens bei uns in Deutschland; in Frankreich hat er seine Kinderschuhe abgestreift, geniesst Achtung und spielt in medicinischen Kreisen eine bedeutende Rolle. Während bei uns ein grosser Theil der Aerzte nicht mehr von den «Wundern» des Hypnotismus weiss, als was sie gelegentlich einer Zaubervorstellung anzustaunen Gelegenheit hatten, gilt die hypnotische Suggestion in Frankreich als wichtiger therapeutischer Factor in der Medicin. Man schenkt ihr an unsern Universitäten so wenig Beachtung, dass heutzutage ein Mediciner fleissig seine Collegien besucht haben kann, ohne aus dem Munde seiner Lehrer jemals das Wort «Hypnotismus» vernommen zu haben. Nur durch den verschiedenen Charakter der beiden Nationen lässt sich wohl eine so verschiedene Auffassung und Behandlung der interessanten Erscheinungen der Hypnose erklären. Der Deutschen Charakter ist zu ernst, zu gerade, der Deutsche ist zu wenig Phantast, er ist zu skeptisch, vielleicht aber auch zu schwerfällig und wagt sich offenbar nur ungern an Mysteriöses; und etwas Mysteriöses, Geheimnissvolles kann man dem Hypnotismus wohl nachreden, wenigstens so lange man seine Erscheinungen nur auf den Brettern der Zauberbühne zu Gesicht bekam. Wer sich selbst eingehender mit dem Hypnotismus beschäftigt hat, wird im Allgemeinen mit seinem gesunden Menschenverstand fast für Alles eine natürliche Erklärung finden.

Die heutige hypnotisirende Aerztewelt steht nach dem Vorgange der Nancy'schen Schule auf dem Standpunkt, dass das Wesen des Hypnotismus in der Suggestion liegt. Nun, welcher Arzt hätte in seiner Praxis nicht schon suggerirt und durch die Suggestion Erfolge gesehen! Wendet man nicht häufig Elektricität, Hydrotherapie oder innere Medicamente ut aliquid fiat, suggestiv an und erzielt damit oft merkwürdige Resultate, oder ist nicht schon der Umstand, dass Patienten beim Erscheinen des Arztes ihren Schmerz verlieren, in vielen Fällen auf Suggestion zurückzuführen, welche die Person des Arztes auf die Patienten ausübt? Wirkt nicht häufig eine Injection von Aqua destillata wie Morphium, oder die mit Wasser begossene Chloroformmaske anaesthetisch? Wenn man nun von einer Reihe von Aerzten und Physiologen hört, dass die Wirkung der Suggestion sich in der Hypnose vervielfältigt, ist es da nicht unbegreiflich, warum nicht jeder Arzt es einmal gründlich mit der Hypnose versucht, sie ausprobirt wie irgend ein anderes Heilmittel? Nur durch die Erfahrung darf er sich ein Urtheil über dieselbe erlauben, nicht sie a priori verdammen; und wer gründlich damit experimentirt, wird die gebotenen Vortheile auszunützen wissen.

Es werden ja vom Hypnotiseur keine übernatürlichen Veranlagungen verlangt, wie häufig angenommen wird. Forel fordert zur Erzielung therapeutischer Erfolge, dass man sich mit grosser Geduld, mit Begeisterung, mit Consequenz, mit sicherem Auftreten und mit Erfindungsgeist in Kniffen und Einfällen bewaffne. v. Krafft-Ebing hält einen beträchtlichen Grad von Menschenkenntniss für die erste Vorbedingung bei der Anwendung psychischer Therapie. Nun, das sind Eigenschaften, wie sie schliesslich jedem Arzte zur Verfügung stehen sollen und zum Theil erworben werden können.

Wenn somit einerseits jeder Arzt mehr oder weniger hypnotische Zustände zu erzeugen befähigt ist, so ist andererseits die Hypnotisirbarkeit der Menschen aller Klassen eine äusserst ausgedehnte. Wetterstrand rief bei 3148 verschiedenen Personen in 97 Proc. hypnotische Beeinflussung hervor, Vogt behauptete auf Grund seiner Erfahrungen, dass bei jedem geistig gesunden Menschen Somnambulismus erzielt werden kann. Solche Erfolge wird freilich nicht Jeder, oder doch nur durch grosse Uebung erzielen können.

Hypnotisirbarkeit und therapeutischer Erfolg durch Hypnose gehen nun allerdings nicht parallel; wie es kein Universalheilmittel in unserm Arzneischatz gibt, so macht der Hypnotismus auch keineswegs den Anspruch, überall helfen zu können; ein Tumor lässt sich nicht weghypnotisiren, eine pathologisch-anatomische Veränderung lässt sich durch Suggestion nicht repariren; aber es gibt doch eine Menge functioneller Störungen, Schmerzen, neurasthenischer Beschwerden, hysterischer Symptome, welche der Suggestion zugänglich sind und bei richtiger Anwendung der Hypnose eventuell mit Unterstützung anderer Heilmittel zum Ziele führen.

Am häufigsten wird daher die Hypnose in Nerven- und psychiatrischen Anstalten geübt; auch aus der gynäkologischen und in seltenen Fällen aus der chirurgischen Praxis wird von Erfolgen berichtet.

Für die Chirurgie ist die bis zu einem gewissen Grad in der Hypnose bestehende oder suggerirbare Unempfindlichkeit von grossem Werthe. So erzählt Forel, dass Prof. Haab eine Staaroperation ausführte, wobei Hypnose das Anaestheticum ersetzte. Bernheim eröffnete Abscesse, machte Thoracocentesen, zog Backzähne, ohne dass die Patienten Schmerz äusserten. Esdaile soll sogar grosse Amputationen in Hypnose ausgeführt haben.

Wenn ich es hier unternehme, einige eigene Beobachtungen zu erwähnen, so geschieht es in der Ueberzeugung, dass nur stets sich wiederholende Publicationen über hypnotische Erfolge im Stande sind, das dem Hypnotismus entgegengebrachte Misstrauen zu zerstreuen und die ihm zukommende Stelle unter den zur Medicin gehörigen Factoren zu fixiren, ferner auch um im Speciellen seine Verwerthbarkeit in der Chirurgie ein wenig zu illustriren.

Psychogene Krampfanfälle im Gesicht und am Körper.

Am 11. Februar d. Js. suchte ein 56 jähriger Goldarbeiter Sch. bei Herrn Geheimrath Czerny Hilfe wegen eines schweren Nervenleidens. Er wurde meiner Abtheilung zugetheilt mit der Weisung, ihn einige Tage zu beobachten und dann der Nervenklinik zuzuschicken. Die Anamnese ergab, dass die Mutter an Lippenkrämpfen gelitten habe, der Vater an Typhus gestorben war. Seit 1867 Engigkeit auf der Brust. Im Jahre 1876 gerieth er durch Familienunglück in ein $^3/_4$ Jahre dauerndes Aufregungsstadium, in welchem er stark unter Kopfschmerz und Schlaflosigkeit zu leiden hatte. Viel häuslicher Kummer. Später hatte er mit Haemorrhoiden und Verstopfung zu thun. Sein jetziges Leiden begann vor etwa 2 Jahren mit krampfhaften Mundverziehungen, heftigen Magenkrämpfen,

Schlaflosigkeit. Erbrechen. Die Krämpfe nahmen nach und nach zu, ergriffen die Gesichts-, später Hals-, Nackenmuskeln und Bauchmuskeln. Sie wiederholten sich des Tages öfters, so dass er schliesslich seinen Beruf aufgeben musste.

Er consultirte eine grosse Reihe von Aerzten, Allopathen, Homöopathen, Wasserkünstler, machte auch mehrere briefliche Curen durch, alles ohne Erfolg. Sein Leiden nahm schliesslich eine solche Gestaltung an, dass ihn seine Familie nicht mehr zu Hause behalten konnte, denn er stiess während der Krämpfe solche Geräusche aus, dass weder Angehörige noch Hausleute ihre Nachtruhe hatten.

Bei der Aufnahme fand sich ausser leichter Bronchitis mit Emphysem, Burgundernase, Leistenhernie nichts Pathologisches. Der untere Leberrand war deutlich fühlbar.

Die Krämpfe traten 10—20 mal täglich auf; bald fiel es auf, dass sie sich besonders einstellten, wenn ich in seine Nähe kam und es gelang sofort, dieselben durch Suggestion successiv zu erzeugen. Sie begannen stets im Gesicht, mit abwechselndem, ruckweisem Verschieben des Unterkiefers von einer Seite zur anderen, oft mit unglaublicher Schnelligkeit; dazwischen wurden die Backen aufgetrieben, aus welchen dann die Luft mit lautem Getöse ausgeblasen wurde. Dann gingen die Krämpfe auf Hals- und Nackenmuskeln über, so dass das Kinn auf der Brust aufschlug; nun contrahirten sich die Bauchmuskeln, dann der Ileopsoas, wobei das Knie manchmal bis zur Nase fuhr. Die Respiration stieg auf 120, der Puls war wechselnd, das Bewusstsein vorhanden.

Neben diesen Krämpfen klagte er über Leib- und Leberschmerzen.

Da die Krämpfe durch Suggestion hervorzurufen waren, so lag es nahe, sie auch suggestiv zu vertreiben; ich wandte sofort Hypnose an und versetzte ihn nach der Liébault-Bernheim'schen Methode in der ersten Sitzung in die zweite Stufe (nach Bernheim) des Schlafes, d. h. in einen Zustand, in dem die Augen nicht von selbst geöffnet werden können. In der Folgezeit wurde er anfangs täglich, dann alle 2—3 Tage hypnotisirt, jeweils $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde lang; nach und nach konnte ich bei ihm die fünfte oder sechste Stufe erreichen, d. h. Catalepsie, Contracturen, die nur durch meinen Willen gelöst werden konnten; Amnesie war nicht herbeizuführen, ebensowenig Analgesie, wohl aber Apraxie. Jenes von Hansen oft demonstrirte Experiment, den Hypnotisirten auf zwei Stühlen frei schweben zu lassen, wobei nur Hinterhaupt und Ferse auflagen, gelang bei dem 56jährigen Patienten mit Leichtigkeit. Centripetales Streichen der Arme rief Streckcontractur, centrifugales Beugecontracturen hervor. Solche und andere kleine Experimente nahm ich während der Hypnose neben der Behandlung vor, welche in Verbalsuggestion und Bauchmassage bestand, da er sein ganzes Leiden mit dem schlechten Magen in Zusammenhang brachte. Aus diesem Grunde pumpte ich ihm auch einige Male den Magen suggestiv aus.

Das Resultat dieser Behandlung war vorzüglich, denn von der dritten oder vierten Sitzung ab blieben die Krämpfe vollständig weg. Beim Beginn der Hypnose auftretende Mundverziehungen liessen sich jeweils momentan wegsuggeriren.

Nachdem er 17 Tage lang krampffrei war, wurde er entlassen mit der Weisung, sich in etwa 14 Tagen bis 3 Wochen wieder einzustellen, denn eine alte Erfahrung lehrt, dass derartige Erkrankungen nach der ersten hypnotischen Behandlungsperiode oft recidiviren; um dem vorzubeugen, resp. um beim Patienten nicht den Glauben an den Arzt zu zerstören, bestellte ich ihn bereits nach so kurzem Zwischenraum. Am 18. März kam er wieder mit der Angabe, die Krämpfe seien weggeblieben, nur müsse er häufig blinzeln und bringe dann die Augen schwer auf. In den nächsten 8 Tagen, in welchen er in derselben Weise behandelt wurde, konnte weder von mir, noch sonst von einem Patienten der Abtheilung auch nur ein Zucken am Körper wahrgenommen werden; am 26. März wurde er «geheilt» entlassen.

Der ehemalige Patient besuchte mich jetzt wieder und ich erfuhr von ihm, wie von seiner erwachsenen Tochter, dass er sich seit $2^1/_2$ Jahren nicht so wohl gefühlt habe, wie seit dem Beginn der hypnotischen Behandlung. Die Krämpfe sind verschwunden, der Schlaf ist gut, Erbrechen ist nie mehr eingetreten, die Obstipation hat nachgelassen. Kurz, er ist soweit hergestellt, dass er wieder vollständig arbeitsfähig ist.

Mancher Arzt hat vielleicht mit anderen Suggestionsmitteln ähnliche Erfolge gesehen und es ist mir auch nur darum zu thun, die Hypnose für eine allgemeinere Anwendung in unserer Therapie zu befürworten.

Der folgende Fall gewinnt an Interesse, weil hier die bis jetzt kaum beachtete differentialdiagnostische Bedeutung der Hypnose deren therapeutischem Werth gleichkommt.

Otitis media purulenta mit Verdacht auf Hirnabscess.

Die 22jährige Krankenschwester K. stammt aus gesunder Familie. Ein Scharlach hinterliess eine rechtsseitige Mittelohreiterung, wodurch das Gehör seit 1892 rechts erloschen ist. Verschlimmerung des Ohrleidens seit 22. XI. 95. Am 10. XII 95 wurde die klinische Diagnose auf «chronisch eitrige Mittelohrentzündung mit Polypenbildung im äusseren Gehörgang und Cholesteatom» gestellt. Am 11. XII. 95 Operation. Aufmeisselung des Proc. mast, Freilegung des Cavum tympani und der Cellulae mast. Gründliche Auskratzung des Mittelohres. 24. XII. 95. Patientin wird geheilt entlassen. 9. I. 96. Wiedereintritt wegen Mangels häuslicher Pflege und erneuter Kopfschmerzen. Secretion. 24. II. 96. Unter dem Einfluss einer Angina vermehrte Schmerzen und Secretion. 7. III. 96. Auf Wunsch Entlassung.

30. III. 96. Wiedereintritt. Patientin klagt über starke Schmerzen hinter dem Proc. mastoideus und allgemeine dumpfe Kopfschmerzen, heftigen Schwindel.

Status. Untersetztes Mädchen mit etwas gedunsenem Gesicht, innere Organe normal. Hinter dem Proc. mast. eine erweichte druckempfindliche Stelle. Bewegung des Kopfes durch starke Spannung gehemmt. Beklopfen des Schädels in Umgebung dieses Bezirkes sehr schmerzhaft. Aus dem rechten Ohr entleert sich stinkender Eiter.

Wegen Verdacht auf intracranielle Eiterung wird am 4. IV. 96 in der alten Narbe der Knochen in Markstückgrösse trepanirt und der Sinus freigelegt. Da keine wesentlichen Veränderungen am Knochen zu finden waren und die klinischen Erscheinungen für eine intracranielle Eiterung zu wenig ausgeprägt waren, wurde von weiterem Vorgehen abgesehen.

Vom 27. IV. ab rasch zunehmende Verschlimmerung, continuirliches Fieber, Morgens 38°, Abends 38,7—39°, starke Kopfschmerzen in der rechten Scheitelbeingegend, kein Punkt erhöhter Druckempfindlichkeit, keine Herdsymptome, keine Stauungspapille. Absolute Schlaflosigkeit. Nach jeder Nahrungsaufnahme Erbrechen, wesshalb in letzter Zeit Ernährungsklystiere gegeben werden mussten. Periode seit 10 Wochen ausgeblieben, keine Anzeigen von Schwangerschaft. Der Schwindel ist so stark, dass Patientin das Bett nicht verlassen kann. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Hirnabscess. Ein Eingriff schien dringend nothwendig, der Schädel sollte aufgemeisselt werden, die Patientin lag (am 1. V.) bereits auf dem Operationstisch. Doch, da in Folge des Fehlens von deutlichen Herdsymptomen keine genaue Localisation der Eiterung zu stellen war, wollte Geh. Rath Czerny erst einen Ohrenspecialisten consultiren. Die Consultation mit Herrn Professor Passow führte zu keiner Entscheidung. Man wollte noch einige Tage zusehen, auf Herdsymptome achten, unterdessen sollte aber das Erbrechen, das zum Theil als Hysterie aufgefasst wurde, suggestiv behandelt werden.

Die Patientin wurde mir von Herrn Geh. Rath Czerny zu diesem Zweck am 8. V. überwiesen. Sie sah ziemlich elend, anaemisch aus, konnte ausserhalb des Bettes keinen Schritt machen, ohne gehalten zu werden, klagte über beständige Schmerzen im Hinterkopf, besonders rechts, gab an, seit 14 Tagen gar nicht mehr geschlafen zu haben, trotz Schlafpulver; seit derselben Zeit brach sie alle Nahrung, im Tag oft 5—6 Mal, kam dabei so herunter, dass Nährklystiere gegeben werden mussten; sie verursachten Leibschmerzen.

Nachdem ich durch gründliche Untersuchung und eine für sie verständliche Besprechung ihrer Krankheit, wobei ich das ganze Leiden vom schlechten Magen abhängen liess, etc. ihr Vertrauen gewonnen zu haben glaubte, begann ich sie mit dem hier nothwendigen Heilverfahren vertraut zu machen und sie zur Ueberzeugung zu bringen, dass es die einzige rationelle Methode in diesem Falle sei. Nach dieser (stets nothwendigen) Vorbereitung ging ich sofort zur Hypnose über. Im Folgenden gebe ich einen ganz kurzen Auszug aus der Krankengeschichte:

8. V. ab. (Abends $^1/_2$7—7 Uhr.) Combinirte Methode führte sie nur in behaglichen Zustand. Kreismassage des Magens; Verbalsuggestion gegen das Erbrechen.

9. V. (Abends 6—$6^1/_2$ Uhr). Patientin hat heute alles gebrochen. Streichen über Stirn, Fixation, Zählenlassen, führt sie bald in einen leichten, kataleptischen Zustand, so dass die Augen nicht mehr geöffnet werden können. Während der Hypnose Verabreichung einer Tasse Milch, «welche nicht gebrochen werden kann». Magenmassage, Verbalsuggestion auf Schlaf, Erbrechen.

10. V. (Morgens 10 Uhr.) Die in Hypnose verabreichte Milch gut ertragen. Seit langer Zeit hat sie nach gestriger Suggestion zum ersten Mal 2 Stunden geschlafen, Euphorie, das Fieber erreicht seit dem 8. V. nicht mehr 38°. Combinirte Methode: bald Katalepsie in Armen und Fingern. «Es ist, als ob die Flexen zu kurz wären, wie wenn Sand in den Augen wäre»; der ganze Zustand «so möchte ich immer bleiben». Im Schlaf eine Tasse Milch, Magenmassage, Verbalsuggestion auf Schlaf und Erbrechen gerichtet. Seit gestern bestehende Nackenschmerzen verschwinden nach einigen Strichen (kehrten später nicht wieder).

11. V. ab. (Abends 6—$^3/_4$7 Uhr.) Die in Hypnose verabreichte Milch wurde gut ertragen, wohl aber gestern Mittag getrunkene erbrochen. In der Nacht gut geschlafen! Rasches Eintreten von Katalepsie. In verschränkter, sehr ermüdender Armhaltung bleibt sie $^3/_4$ Stunden unbeweglich, sagt «sie ruhe bequem». 2 Tassen Milch werden ohne Nachtheil getrunken. Verbalsuggestion. Magenmassage. Suggestion gegen den Kopfschmerz.

12. V. (1/22—3/43 Uhr.) Der Kopfschmerz blieb weg, alle seit gestern getrunkene Milch gut ertragen. Auf einfachen Befehl, in einer Minute zu schlafen, liegt sie nach 60 Secunden in tiefer Katalepsie. Eine verabreichte Portion Brieschen wird gut ertragen 3/49 Uhr Abends. Die Periode, welche 11 Wochen ausgeblieben, kehrt heute wieder, kein Erbrechen, Wohlbefinden Tiefe Katalepsie.

13. V. 96. (3/42—1/23 Uhr.) Alles Genossene gut ertragen, die ganze Nacht gut geschlafen.

14. V. Heute keine hypnotische Sitzung, Mittags und Abends Erbrechen.

Bis zum 17. V. Wohlbefinden, nur noch Schwindel vorhanden.

17. V. Aussetzen der Hypnose, wieder geringe Temperatursteigerung, Erbrechen von Rühreiern Gleich nach dem Erbrechen bestelle ich eine neue Portion Rühreier, welche sie in Hypnose verabreicht gut erträgt. Bisher musste sie wegen des Schwindels stets in den Hypnoseraum geführt werden. Nunmehr Verbalsuggestion gegen Schwindel, zugleich leichte Massage der rechten Kopfseite. Ein in tiefem Schlaf ausgeführter Gang ist fast ganz sicher.

21. V. 96. Hat heute gar keine Beschwerden mehr, kein Erbrechen, kein Kopfweh, guter Schlaf. Der Schwindel liess nach, so dass Patientin heute ebenso sicher und rasch wie ein Gesunder geht.

Um von dem Zustand, in welchen die Somnambule nunmehr zu versetzen war, ein Bild zu geben, lasse ich ein Protokoll einer der Sitzungen folgen:

23. V. 96. Auf den kategorischen Befehl «Sie schlafen!» sofort tiefe Katalepsie. Ich suggerire ihr Taubheit und führe mehrere Collegen herein, mit denen ich mich ganz laut unterhalte. Auf Befragen glaubt sie, wir Beide seien ganz allein. Ich suggerire ihr Blindheit, lasse die Augen öffnen und auf einen vor ihr stehenden Collegen sehen, sie «kann Niemand erkennen». Nun werde ich Ihnen ein Stück Zucker geben. «Nein, Herr Doctor, Zucker kann ich nicht essen!» «Das weiss ich, aber Sie werden es auch gegen Ihren Willen thun müssen, weil ich es wünsche!» Ich gebe ihr einen grossen Salzbrocken zu essen und frage sie, wie es schmeckt. Nach längerem Probiren meint sie, «es schmecke wie Traubenzucker». Bald darauf empfindet sie Durst. «Ich werde die Schwester rufen, die kann Ihnen Milch holen!» Statt der Schwester tritt ein College vor sie hin. Nachdem sie in ihm die Schwester erkannt hat, sagt sie: «Schwester Minna, holen Sie mir rohe Milch, thun Sie aber viel Eis hinein!»

Nach Suggestion auf Anaesthesie kann ich ihr eine Nadel tief in die Musculatur des Armes einstechen, ohne dass sie zuckt oder etwas spürt. (NB. sie ist sonst sehr empfindlich.)

«Sie haben mir heute einen hübschen Blumenstock geschenkt, was hat er gekostet?» (Lachend): «Herr Doctor, das brauchen Sie nicht zu wissen, das erfahren Sie nie!» (Bitten von meiner Seite stossen auf hartnäckigen Widerstand.) Mit etwas energischer Stimme und nach einigen Stirnstrichen: Sie wissen, dass Sie mir alles sagen müssen, was ich wissen will. Also! (Zögernd, ganz leise und mit veränderter Stimme): «80 Pfennig!» Ich lege 80 Pfennig auf jene Commode, nach Ihrem Erwachen werden Sie das Geld nehmen müssen und mir im Laufe der Woche eine ganz gleiche Blume kaufen müssen!» (Ein paar Tage darauf brachte sie mir den Blumenstock, ohne zu wissen, dass ich es ihr suggerirt habe, und dass das Geld von mir stammte.)

Nach Suggestion auf Namenamnesie, weiss sie weder wie sie, noch ihre Mutter, noch ich etc. heisse.

«Welches ist Ihr Lieblingslied?» «Freut Euch des Lebens!» Ich werde es Ihnen vorsingen, geben Sie acht wie ich es singe! (Ich pfeife es in den höchsten Tönen.) Habe ich gesungen? «Ja!» Hoch oder tief? «Mit Ihrer tiefen Stimme, mit der Sie auch sprechen!» «Nach Ihrem Erwachen werden Sie von der Schwester ein Pflaster verlangen, es auf (die Stichwunde) den Arm kleben, dann in mein Zimmer gehen (in einem anderen Gebäude) von meinem Schreibtisch Ihre Krankengeschichte nehmen und mir in's Esszimmer der Doctoren bringen!» «Ja!»

«Ihre Nachtjacke ist ja roth!» (Sie bestreitet es lebhaft, denn die Nachtjacke ist thatsächlich weiss.)

Zwischen diesen Experimenten behandle ich sie stets mit Suggestion und Massage und wecke sie nunmehr. Zunächst überzeuge ich mich durch Kreuz- und Querfragen, ob sie irgend etwas weiss von den Vorgängen in der Hypnose. Sie hat vollständige Amnesie, hat tief geschlafen, weder etwas gehört, noch gesehen. Ich frage sie in vollständig wachem Zustand, nach der Farbe ihrer (weissen) Nachtjacke. «(Nach langem Begucken) Die ist röthlich.» Ei, die war doch früher weiss. «Ja, die ist einmal mit etwas Rothem, das abgefärbt hat, in der Wäsche gelegen!»

Zwei Mal verlässt sie zögernd das Zimmer, das dritte Mal geht sie rasch auf die Commode zu, nimmt das Geld weg, steckt es rasch ein. Ich verlasse sie. Bereits nach 2—3 Minuten kommt sie in's Esszimmer mit ihrer Krankengeschichte (sie muss sehr rasch gegangen sein, der Weg war weit, mein Zimmer bereits dunkel). Warum bringen Sie mir diese Krankengeschichte? «Ich habe mich sehr genirt wegen der Herren, aber ich dachte, Sie möchten sie haben.» Gut, was haben Sie denn da am Arm? «Das ist ein Pflaster!» Wozu? «Ich habe mich wohl gerissen!»

Dies ist das Protokoll der letzten Sitzung ihres Hierseins; nur ganz allmählich gelang es, die Patientin in diesen tiefsten Zustand der Hypnose zu bringen.

Für die suggestive Behandlung an sich lässt sich kein Schema aufstellen, man muss da variiren, man darf nicht eine Krankheit, die sich langsam entwickelt hat, auf einmal wegsuggeriren wollen, muss energisch, aber dabei immer schlau zu Werke gehen und zuversichtlich täglich einen Schritt weiter zu kommen trachten. Nur dann wird der Erfolg dauernd sein.

Somit wurde das lange Zeit an's Krankenlager gefesselte, in Folge der Abneigung des Körpers gegen Nahrung völlig entkräftete Mädchen, bei dem das Krankheitsbild eine Hirneiterung vortäuschte, innerhalb 16 Tagen zu einem für schwere Arbeit tauglichen lebensfrohen Wesen. Das Cavum tympani hat sich mit Granulationen gefüllt, die Secretion ist äusserst gering.

Dieser Fall lehrt, wie wichtig die Hypnose für die Differentialdiagnose werden kann. Die Diagnose auf Hirnabscess war wohl berechtigt. Denn wenn zu einer chronischen Otitis media Fieber, Kopfschmerz, Erbrechen, Schwindel mit so bedrohlichem Charakter hinzutritt, so wird stets an Hirnabscess zu denken sein; der Puls war allerdings nicht wesentlich verlangsamt, er war ungleich, die Stauungspapille fehlte, doch müssen nach Poulsen Augenveränderungen bei Hirnabscess als ganz inconstante Befunde angesehen werden. Unter 7 Fällen von Hirnabscess fehlte dieselbe 3 mal. — Nun war aber der Zustand in Folge des täglichen Erbrechens ein so deplorabler, dass offenbar etwas Energisches geschehen musste. Was war natürlicher, als die vermuthete Hirneiterung aufzusuchen und zu entleeren. Nun, auch bei der heutigen Asepsis und Antiseptik gehören Manipulationen am Gehirn nicht zu den ungefährlicheren Operationen. So wurde durch die Intervention der Hypnose erstens das Mädchen vor dem schweren Eingriff bewahrt, zweitens die Diagnose insofern gesichert, als ein Hirnabscess nunmehr auszuschliessen ist.

Ob die Heilung eine dauernde sein wird, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen. Ich vermuthe wohl, aber es wird noch einer langen Nachbehandlung bedürfen. Die Patientin befindet sich daher noch in ambulanter Behandlung und wird die Woche durchschnittlich einmal hypnotisirt. Hin und wieder kam es vor, dass sie seitdem erbrach oder über vorübergehenden Kopfschmerz klagte, aber sie verrichtet alle häuslichen und Feldarbeiten und fühlt sich dabei wohl.

Während der Hypnose nenne ich ihr stets einen genauen Termin, an dem sie zu kommen oder zu schreiben hat. Sie führt den Auftrag stets pünktlich aus; es fällt ihr stets erst zur bestimmten Minute ein, dass sie schreiben will; in der Zwischenzeit weiss sie nichts davon. Einmal begann der Brief: «Es veranlasste mich, Ihnen heute Morgen 7 Uhr zu schreiben»; ein anderes Mal gibt sie an, sie habe nach Tisch geschlafen, glaubte dann meine Stimme zu hören, nahm sofort Feder und Papier zur Hand; es war genau dieselbe Stunde, welche ich ihr vor 3 Tagen in Hypnose angab. Ich kann ihr in einer Sitzung mehrere Aufträge auf lange Zeit hinaus geben, von denen sie nach dem Erwachen und später keine Ahnung hat und welche doch, auch wenn sie widersinnig sind, genau ausgeführt werden (Suggestion à échéance).

Hallucinationen, positive wie auch negative (Bernheim) sind bei ihr hervorzurufen, welche in wachem Zustand lange anhalten. So bemerkte ich ihr gegenüber ganz beiläufig während der Hypnose: «In jener Ecke steht ein Pfarrer!» (vergl. Beaunis). Eine Stunde später, als sie bereits wach war und ihre Toilette in Ordnung bringen wollte, sage ich: «Sehen Sie doch in jene Ecke!» Sie wendet sich sofort um, fährt mich in barschem (bei ihr nicht gewohntem) Tone an: «Herr Doctor, Sie haben mir fest versprochen, niemals Jemand hereinzulassen und nun ist doch Jemand da, ich werde nicht mehr kommen etc.!» Auf meine Frage erwidert sie, «in der Ecke stehe Jemand». Wer denn? «Ein Mann!» Wie sieht er denn aus? «Schwarz, er hat einen schwarzen Rock an und sieht aus wie der Herr Pfarrer Sp., der als in die Klinik kommt!» Ich muss hinzufügen, dass sie mich stets dringend bat, Niemand zuzulassen und keine Ahnung davon hat, dass fast stets Collegen oder Personal der Klinik zugegen war.

Negative Hallucinationen rief ich so hervor, dass ich ihr sagte: «Auf jenem Tisch steht nur ein Topf!» Nach dem Erwachen sah sie alle anderen Gegenstände nicht. Einmal zeige ich ihr ein leeres Blatt als Photographie. Sie erkennt einen Manneskopf darauf. Auf die Aufforderung, die Umrisse derselben nach ihrem Erwachen auf ein Papier zu zeichnen, verfertigt sie in wachem

Zustand eine Grimasse, wie sie etwa von den alten Indern als Menschenkopf gezeichnet wurden.

Merkwürdig war auch die Fähigkeit, durch Suggestion jedes beliebige sensible Nervengebiet, Arm, Ohr, Bein auszuschalten und unempfindlich zu machen.

Eine Erscheinung will ich noch hervorheben. Fast übereinstimmend berichten die Hynotiseure, dass das in der Hypnose Erlebte im nächsten hypnotischen Zustand wieder in der Erinnerung auftauche, während es in der Zwischenzeit aus dem Gedächtniss geschwunden sei. Bei zwei von mir Hypnotisirten konnte ich das nicht bestätigen, so wusste das Mädchen sich niemals an die letzte Hypnose zu erinnern, auch wenn ich ihr auf die Spur zu helfen suchte. Das einzige, was ihr auch in späterer Hypnose in Erinnerung blieb, waren Gesichtshallucinationen wie jene den Pfarrer betreffende. Dieser Umstand hat sie damals so alterirt, machte einen so tiefen Eindruck auf sie, dass sie mir jenes Verbrechen fast in jeder Sitzung vorwirft.

Einen anderen Patienten, V., der wegen schwerer chirurgischer Krankheiten des linken Beines das Bett seit über einem Jahr nicht verlassen hatte, hatte ich bereits 3 mal hypnotisirt; jedesmal weitgehende Anaesthesie. Der Oberschenkel war sehr deformirt und sollte eingebrochen werden; da der Patient nach der Chloroformnarkose gewöhnlich eine Woche lang Erbrechen und Uebelkeit hatte, versuchte ich die Hypnose als Anaestheticum. Ohne ihn davon in Kenntniss zu setzen, schläferte ich ihn ein; er erwachte nach der Infraction plötzlich mit Schrei, liess sich allerdings trotz starker Schmerzen sofort wieder in Schlaf versetzen. Es ist wohl möglich, dass durch successive Ausschaltung der Empfindung die Anaesthesie erheblich ausgiebiger geworden wäre, doch glaube ich darnach nicht, dass eine solch schmerzhafte Operation ebensogut wie in der Chloroformnarkose ausgeführt werden kann. Für kleine Operationen mag die Hypnose von Werth sein; so habe ich obiger Patientin 9 Warzen, zum grossen Theil in der Hohlhand und an der Fingerbeere, gewiss sehr empfindlichen Körperstellen, mit dem Glüheisen ausgebrannt, ohne dass sie etwas gespürt oder gezuckt hätte. Die suggerirte Schmerzlosigkeit hielt lange an; auf die Frage eines Collegen, was sie da für schwarze Flecken habe, gab sie an, sie wisse nicht, woher es komme, sie spüre nichts daran.

Erbrechen oder Brechreiz nach der Chloroformnarkose liess sich schon in einer Sitzung fast momentan vertreiben.

Der Patient mit der Infraction litt an starkem Spitzfuss, der schon bei leichterer Berührung äusserst schmerzhaft war, so dass eine nothwendige Massage Anfangs unmöglich erschien. Ich massirte ihn daher Anfangs in Hypnose; nach dem Erwachen bestritt er gewöhnlich energisch, dass ihn Jemand berührt habe.

Nach Heilung der Infraction sollte der Patient zum ersten Mal seit 14 Monaten aufstehen und unter meiner Unterstützung mit Krücken Gehversuche machen. Er bekam sofort einen Collaps und musste gelegt werden. Am nächsten Tag versetzte ich ihn in Schlaf, suggerirte ihm, er werde mit Krücken ohne Ermüdung geschickt gehen können. Unter starker Anstrengung konnte er (mit Unterstützung) den ganzen Saal durchwandern, seinem schweissbedeckten Gesicht, seiner keuchenden Athmung konnte man die enorme Kraftanstrengung ansehen. Er wurde zu Bett gebracht, ich suggerirte ihm, er werde sich wohlbefinden und meinen, er habe die ganze Nacht geschlafen. Sofort wurde er geweckt. Er glaubt, es sei schon der andere Morgen, etwa $^1/_2$5 Uhr, er fühle sich sehr wohl, habe die ganze Nacht geschlafen! Meine Erwiderung, er sei ja eben im Saal herumgelaufen, beantwortete er mit mitleidigem Lächeln; mit allen Vernunftgründen ist er nicht zu bewegen, dass noch Abend des vorhergehenden Tages sei. Er meint, es sei wohl ein Jourfall gekommen, weil ich schon um $^1/_2$5 Uhr Morgens auf der Abtheilung sei. Derartige Gehversuche machte ich dann in der Hypnose öfters, beim ersten Mal in wachem Zustand bekam er wieder einen Collaps. Jetzt hat er sich auch daran gewöhnt, ohne Hypnose zu gehen.

Bei diesem Patienten fiel mir auch meist die in der Hypnose auf einen Punkt concentrirte erhöhte Geistesthätigkeit auf. Ich liess ihn im Schlaf zweistellige Zahlen multipliciren und fand, dass er etwa die halbe Zeit dazu brauchte wie in wachem Zustand. Diese Erscheinung ist nicht constant bei allen Hypnotisirten. Es gelang mir auch öfters, ihn aus tiefem Schlaf in der Nacht direct in Hypnose überzuführen, indem ich mich ihm leise näherte, ihm mit Flüsterstimme Schlaf suggerirte; allmählich konnte ich mich mit ihm ganz laut unterhalten, ihn rechnen lassen, stechen, Flexibilitas cerea erzeugen etc. Nach dem Erwachen hat er von Allem keine Ahnung.

Einen Schaden durch die Hypnose habe ich noch nirgends gesehen und glaube nicht an solchen bei richtiger Anwendung derselben. Im Gegentheil, die Leute fühlen sich so wohl, dass man mich schon gebeten hat, anstatt eine Morphiuminjection gegen Schlaflosigkeit oder Schmerz zu geben, sie einzuschläfern.

Nun, aus dem Vorstehenden glaube ich Manchem, der über Hypnose wenig orientirt ist, wenigstens durch kurze Andeutungen gezeigt zu haben, wie viel Interessantes insbesondere in psychologischer Hinsicht der Hypnotismus in sich birgt, und dass schon um dessentwillen der Arzt zur Beschäftigung mit demselben angeregt werden sollte.

Was die Verwerthung in der Chirurgie anlangt, so wurde an den wenigen Beispielen angedeutet, wie der Hypnotismus im Krankensaal von Nutzen sein kann, einerseits als diagnostisches Mittel, dann als directes Heilmittel, endlich als Anaestheticum für kleinere Operationen. Alle Unannehmlichkeiten, welche das Chloroform mit sich bringt, fallen weg. Immerhin glaube ich, dass, da man willkürlich schlaffe und straffe Lähmungen suggeriren kann, auch gelegentlich eine Laparotomie, etwa bei alten chloroformempfindlichen Leuten, in Hypnose ausgeführt werden kann.

Wenn nun auch fast alle Menschen der Hypnose zugänglich sind — ich hypnotisire auf meiner Abtheilung, in welcher sich hauptsächlich Landleute und Arbeiter befinden, viel coram publico und finde selten einen, der nicht hypnotisabel wäre — so erfordert die richtige Einleitung der Hypnose doch viel Zeit und Geduld und ist daher auch oft bei kleinen Operationen eher durch Narcotica zu ersetzen.

Ueber Ozaena, ihre Aetiologie und Behandlung vermittels der Elektrolyse.

Von Dr. *Bayer* in Brüssel, Abtheilungschef für Laryngologie und Otologie am Chirurgischen Institut zu Brüssel.

Die Ozaena ist heutzutage auf dem Gebiete der Rhinologie Tagesfrage. Diese widerliche Krankheit, welche in einem vorgeschrittenen Zustand dem Betroffenen den Umgang mit Seinesgleichen unmöglich macht, wurde bis auf die neueste Zeit von der Mehrzahl der Aerzte als unheilbar betrachtet und wird auch heute noch dafür gehalten, mit Ausnahme einer geringen Anzahl von Rhinologen, welche durch Erzielung wirklicher Heilungen von bleibender Dauer die Ueberzeugung von deren Heilbarkeit gewonnen haben.

Ehe ich auf den Gegenstand näher eingehe und meine persönlichen Beobachtungen mittheile, ist es vor Allem von Wichtigkeit, den gegenwärtigen Stand der Frage darzulegen und unsere Kenntnisse bezüglich der Natur und des Ursprungs dieser Krankheit zu erörtern. Was die in dieser Hinsicht aufgestellten Theorien anbelangt, so will ich mich nur bei der letzten modernen Mikrobentheorie aufhalten, welche unstreitig eine der wichtigsten und einnehmendsten ist, die aber, wie ich im Laufe dieser Arbeit auseinandersetzen werde, den Anforderungen nicht hinlänglich genügt, welche bezüglich der Genese und Symptomatologie dieser Krankheit an sie gestellt werden können. — Löwenberg in Paris ist einer der ersten, der im Jahre 1884 einen «Mikroben eigener Art und als der in Rede stehenden Affection zugehörig» unter dem Namen «Coccobacillus der Ozaena» beschrieb; wir wollen ihn einfach den Mikroben der Ozaena nennen. Andere Autoren, wie Klamman, Thost, Hajek, S. Marano, Luc etc. haben ihrerseits dessen regelmässiges Vorhandensein bei der Ozaena beschrieben, aber dieselben waren nicht ganz einig über seine Natur und die Rolle, welche er bei dieser Krankheit zu spielen habe. Erst in den letzten Publicationen von Löwenberg, Abel und Strübing bricht sich eine Uebereinstimmung in den Hauptpunkten Bahn. Nach Löwenberg ist der Mikrobe der Ozaena nicht identisch mit dem Pneumobacillus, mit welchem er nichts gemein habe, und weder eine abgeschwächte noch verstärkte Form

desselben repräsentire; er sei eben ein Mikrobe eigener Art und dieser Affection speciell zugehörig. Er finde sich massenhaft in allen Fällen dieser Krankheit und meistentheils ohne Association mit anderen Mikroben; man habe denselben bis jetzt nur bei Ozaenakranken vorgefunden und sein constantes Vorkommen bei einer in Bezug auf Gewebsveränderungen und Geruch so bestimmt ausgesprochenen, ja exclusiven Affection, sei der beste Beweis dafür, dass diese und der Mikrobe sich gegenseitig bedingen. Es sei wahr, sagt der Autor, dass es ihm nicht gelungen sei, in seinen Culturen den charakteristischen Geruch der Ozaena hervorzurufen ...; ebenfalls richtig, dass er nicht reussirt habe, durch directe Uebertragung von seinen Culturen auf die Nasenschleimhaut die Ozaena bei Thieren hervorzubringen; doch treffe dieser Vorwurf so viele Arbeiten aus der Mikrobiologie, dass es sich nicht der Mühe lohne, ihn einer weitern Discussion zu unterziehen. Ferner sei der Ozaenamikrobe äusserst pathogen; sein Nachweis gebe daher nicht bloss eine neue bacteriologische Thatsache bekannt, sondern verrathe ausserdem das Vorhandensein eines Wesens im Körper des Ozaenakranken, welches nur darauf warte, dass sich ihm die Blut- und Lymphbahnen eröffnen, um fürchterliche Wirkungen hervorzubringen. «Nicht nur die innere Oberfläche der Nasenschleimhaut beherberge ihn in unzähligen Massen, sondern er verbreite sich auch bis auf die benachbarten Höhlen, z. B. den Nasopharynx, in gewissen Fällen selbst Larynx u. s. w.» Jede Schleimhautverletzung könne für ihn daher Eintrittspforte werden. Die Möglichkeit dieser Gefahr erlege uns daher die Verpflichtung auf, bei der Behandlung der Ozaena jeden Eingriff zu vermeiden, welcher eine Verletzung der Schleimhaut bedingen und so dem Mikroben die Lymph- und Blutbahnen, vor Allem die an der unteren Muschel äusserst dicht gedrängten und gleichsam einen Schwellkörper bildenden Venen eröffnen könnte.

Abel, welcher sich ganz der Ansicht Löwenberg's anschliesst, indem er den Mikroben als charakteristisch für die Ozaena ansieht, hat in 100 an der Klinik von Prof. Strübing in Greifswalde bacteriologisch untersuchten Fällen in jedem einzelnen Falle, in welchem die klinische Diagnose auf Ozaena lautete, die Anwesenheit des betreffenden Mikroben, wenn auch nicht immer bei der ersten Untersuchung, nachweisen können. Er kommt zu dem Schluss, dass der Ozaena ein ganz bestimmter wohlcharakterisirter Bacillus (B. ozaenae, B. mucosus Paulsen etc.) zu Grunde liege. Ausserdem bestätigen seine Untersuchungen die schon vorher von ihm ausgesprochene Ansicht, dass eine Nasenschleimhaut, auf welcher sich der Ozaenabacillus ansiedelt und entwickelt, ein Secret liefere, welches einen geeigneten Nährboden abgebe für alle möglichen andern Mikroorganismen und damit auch für Fäulnisserreger. Das Secret einer chronisch entzündeten Nasenschleimhaut werde ohne Zuthun des Bacillus kein Ansiedlungsort für zersetzende Mikroben und rieche in Folge dessen nicht. Das Wesen der Ozaena bestehe darin, dass die chronisch entzündete Schleimhaut ein zersetzungsfähiges Secret liefere. Ueberall wo dieser Vorgang beobachtet werde, sei es nun in der Nase, im Rachen oder im Kehlkopfe, finde sich auch der Bacillus ozaenae vor. Wenn Abel und Löwenberg einstimmig den Mikroben als charakteristisch für die Ozaena anerkennen, so sind sie doch bezüglich des Geruchs verschiedener Ansicht, insofern als Löwenberg denselben dem Coccobacillus zuschreibt, während Abel ihn von den beigemischten Mikroben herstammen lässt. Diese Frage von untergeordneter Bedeutung wird, wie noch etliche andere strittige Punkte, wohl bald zur Lösung kommen. Auch ich habe bei allen Ozaenakranken ohne Unterschied den Mikroben vorgefunden, aber auch in Fällen von chronischem Nasen- und Nasenrachenkatarrh, wo kein Geruch vorhanden war; ferner in dem Nasensecret Ozaenakranker noch einige Zeit nach ihrer Heilung, was übrigens nichts Auffallendes hat, wenn man bedenkt, dass auch bei andern bacillären Affectionen, z. B. der Diphtheritis, der specifische Mikrobe noch eine Zeit lang nach dem Erlöschen der Krankheit in dem immunisirten Organismus nachzuweisen ist. Folglich kann der Mikrobe auch ohne das Syndrom «Ozaena» vorhanden sein. Gesetzt, man nimmt als feststehend an: keine Ozaena ohne Coccobacillus, wie lautet dann die Explication der Symptome dieser Affection? Dies hat Strübing in den Nummern 39 und 40 der Münchener Med. Wochenschrift von 1895 darzulegen unternommen und um zu diesem Ziele zu gelangen, musste er zunächst mit der alten Tradition brechen, welche der Ozaena unter dem Namen «Rhinitis atrophicans foetida» drei Cardinalsymptome: «Rhinitis mit Borkenbildung, Atrophie und Foetor» zuschreibt. Nach ihm handelt es sich bei der Ozaena «um einen eigenartigen entzündlichen Process, der primär meist in der Nase beginnt, doch auch im Nasenrachenraum entstehen kann. Zunächst beantwortet die Schleimhaut die Ansiedlung des spec. Mikroorganismus mit einfach katarrhalischen Erscheinungen; möglich, dass primäre katarrhalische Veränderungen der Schleimhaut das Haften des Mikroben erleichtern. Die weitere Ausdehnung des Processes ist mit einer Zunahme der Entzündungserscheinungen verknüpft, welche ihrerseits stärkere Schwellungszustände der Schleimhaut und bei jahrelangem Bestand hypertrophische Vorgänge in denselben bedingt. Die Atrophie ist ein späterer, secundär zur Ausbildung kommender Vorgang; einmal ein Folgezustand der Entzündung, wird zum Zustandekommen der Atrophie wohl auch der Druck der Borken als ein die Vascularisation schädigendes Moment unterstützend mitwirken. Die Veränderungen des Epithels sind secundärer Art, bedingt durch den eigenartigen Entzündungsprocess. — Der Foetor ist eine durch Mischinfection bedingte Erscheinung. Das Secret, welches beim Wachsthum der Ozaenabacillen sich auf der Schleimhaut bildet, ist zunächst nicht foetid; in ihm ist aber meist kein Mangel an Mikroorganismen, die stinkende Zersetzung eiweisshaltiger Substrate hervorbringen können (Abel). Der Umstand, dass der Foetor gelegentlich vermisst wird, findet wohl darin seine Erklärung, dass in diesen Fällen derartige Mikroben fehlen oder von andern überwuchert werden, welche diese Zersetzung nicht bedingen. — Ist so die Ozaena eine an das ursprüngliche Vorhandensein eines bestimmten Mikroben geknüpfte eigenartige Entzündung der Schleimhaut, so ist natürlich die Möglichkeit gegeben, dass diese Entzündung von der Nase oder vom Nasenrachenraum aus in die Nebenhöhlen hinein sich fortsetzt, in die Tube kriecht und endlich in den Kehlkopf, selbst in die Trachea übergreift.»

Dies könnte genügen, um dem Leser den heutigen Stand der Frage klar zu machen und ich will noch kurz die bis jetzt üblichen Behandlungsweisen der Ozaena berühren, bezüglich deren Strübing (l. cit.) sich dahin äussert, dass die Therapie der Ozaena immer ein «undankbares Object» bleibe. Jeder Specialist hatte sich mehr oder weniger seine eigene Methode geschaffen je nach seinen Anschauungen hinsichtlich der Aetiologie der Ozaena; die Behandlung war dementsprechend rein local oder mit einer antidyskrasischen und antidiathesischen Behandlung verbunden, die gegen Anaemie, Chlorose, Tuberculose, Syphilis, besonders aber Scrophulose, gegen die gichtische und herpetische Diathese gerichtet war. Ich für meinen Theil war immer für die Allgemeinbehandlung eingenommen, selbstverständlich in Gemeinschaft mit der Localbehandlung, welche bei den meisten Specialisten nur in der Wahl der Desinficiens differirte; für das Weitere war man bemüht, die Nasenhöhlen vermittelst Einspritzungen antiseptischer Flüssigkeiten oder, wie Kuttner, von Wasserdämpfen zu reinigen, und genügte das nicht, so griff man zur Tamponade, Massage etc.; war die Schleimhaut von den Borken befreit, so applicirte man darauf die verschiedensten Antiseptica, Astringentien, Aetzmittel, Galvanocaustik etc. Löwenberg macht Einspritzungen mit auf 54° erwärmten antiseptischen Lösungen, ausgehend von der Eigenschaft des Ozaenamikroben, dass er in dünnen Schichten ausgebreitet, beim Contact mit bis auf 54° erhitztem Wasser im Verlauf einer Minute abstirbt. Ich habe mit dieser Behandlungsweise kein besseres Resultat erzielt und werde später auf die von mir adoptirte Therapie zurückkommen. Jedenfalls waren die erzielten Resultate mit viel Mühe und Ausdauer verbunden und verlangten bei allen inveterirten Fällen jahrelange Behandlung. Es erschien daher als eine wahre Offenbarung, der anbrechende Morgen einer neuen Epoche, als auf der letzten Versammlung belgischer Laryngologen und Otologen im Juni 1895 von verschiedener Seite (Rousseaux, Cappart, Cheval) die Heilung der Ozaena in einer einzigen Sitzung vermittelst «interstitieller cuprischer Elektrolyse» nach dem Vorgehen von Gautier proclamirt wurde. Cheval berichtete von 91 Proc. Heilungen. Trotz meiner schwer zurückgehaltenen Ungläubigkeit blieb mir der festen Behauptung der verschiedenen Autoren gegenüber keine andere Wahl übrig, als an

die Wirksamkeit der Methode zu glauben und ich entschloss mich dann, dieselbe selbst zu versuchen, zumal die ganz bestimmte Versicherung der Ungefährlichkeit des Verfahrens abgegeben worden war, freilich unter der Bedingung, dass der elektrische Strom 18 bis 30 MA nicht überschreiten dürfe. Ich bedauere aber jetzt schon die Erklärung abgeben zu müssen, dass, wenn auch die Wirksamkeit der Methode sich in ganz überraschender Weise herausgestellt hat, im gleichen Maasse seine Gefährlichkeit sich erwiesen hat. Ich unterwarf in Gemeinschaft mit meinem Assistenten Dr. Parmentier eine Reihe von Fällen ausgesprochener, meist inveterirter Ozaena der «interstitiellen cuprischen Elektrolyse», indem ich mich anstatt einer Batterie von Accumulatoren, welche ausserdem der Mehrzahl von Aerzten nicht zugänglich ist, eines gewöhnlichen, constanten Stromes, eines Reiniger'schen Apparates aus 30 Zinkkohleelementen, bediente mit einem ganz exacten Milliampèremeter und einem flüssigen Rheostat. Eine Nadel aus Kupferdraht diente mir als positive und eine aus Platin als negative Elektrode. Nach gründlicher Reinigung und Desinfection der Nasengänge wurde die Schleimhaut mit einer 10 proc. Cocaïnlösung unempfindlich gemacht; darauf wurde die Kupfernadel in die mittlere Muschel eingestossen bis in den Knochen hinein, gleichwohl auf deren obere, mittlere oder untere Fläche; die negative Platinelektrode wurde in die Basis der Nasenscheidewand, besonders in etwa vorhandene Knorpelvorsprünge eingestochen oder auch in die untere äussere Wand des unteren Nasengangs. Es wurden sämmtliche 30 Elemente eingeschaltet und der Strom langsam vermittelst des Rheostaten eingeführt, allmählich auf 10, höchstens 15 MA steigend; letztere wurden übrigens von den widerstandsfähigsten Patienten nicht ertragen und musste auf 10, 8 und 6 MA zurückgegangen werden, um die Sitzung auf 10 und 15 Minuten ausdehnen zu können. 4 bis 5 MA verursachten schon Kopfschmerzen, die bei 10 MA beinahe nie ausblieben, besonders auf der operirten Seite; der grössere Theil der Patienten klagte über Schmerzen im gleichseitigen Ohr und von dieser Seite kommen auch die üblen Zufälle, welche ich im Verlaufe dieses Verfahrens zu beklagen hatte; zweimal hatte ich Erscheinungen von Seite der Augen und zwar Schmerzen und Thränenträufeln während der Operation zu verzeichnen, bei einigen Patienten verlief die Operation nahezu oder ganz schmerzlos. Es ist mir unklar, wie die andern Experimentatoren auf 18—30 MA steigen konnten 12—15 Minuten lang, und dass «die Operation in der Regel schmerzlos sei, obgleich gewisse Patienten halbseitige Kopfschmerzen angeben oder dumpfen Schmerz hinter dem Auge, sei es zwischen beiden Augen, sei es in Folge von Conjunctivalreizung mit Thränenträufeln, und dass bei der grossen Mehrzahl der Fälle keine wesentliche Störung beobachtet werde.» Entweder bin ich auf aussergewöhnlich sensile Patienten gestossen oder bringt der Strom meiner 30 Elemente ceteris paribus einen anderen Effect hervor, als die gleichwerthigen MA der Accumulatoren; so viel steht sicher, dass ich absolut nicht die Meinung von der Gefahrlosigkeit der Elektrolyse theilen kann. Dies diene zur Warnung! Jedenfalls muss man den elektrischen Strom als ein gefährliches Agens betrachten und damit in jeder Hinsicht vorsichtig sein. Während der Action des Stromes hört man bei genauem Zuhören ein feines Prickeln, von den beiden Elektroden herstammend, und man sieht am positiven Pol einen bläulichen Dunst sich bilden, welcher nach Entfernung der Nadeln einen weissen Schorf hinterlässt, während am negativen Pol weisse Gasbläschen sich lebhaft entwickeln, nach Entfernung der Nadel einen braunen Schorf hinterlassend. Die Reaction nach der Operation wechselt ebenfalls je nach dem Individuum; bei den Einen war beinahe gar keine Reaction vorhanden und bei Anderen stellten sich schwere Symptome ein.

Ich lasse nun 7 diesbezügliche Beobachtungen folgen:

1. Mädchen von 13½ Jahren; ausgesprochene doppelseitige Ozaena; Hypertrophie der Nasenmuscheln, chronischer Nasenrachenkatarrh.

Elektrolytische Sitzung am 13. XI. 1895 rechterseits; die positive Elektrode wird in die mittlere, die negative in die untere Muschel eingestossen; Einwirkung eines Stromes von 10 MA, die langsam erreicht werden, Dauer 10 Minuten. Bei Beginn stellen sich Kopf- und Augenschmerzen ein, die aber erträglich werden; heftige Schmerzen in der Nase. Nach der Sitzung besucht das Mädchen die Schule, muss dieselbe aber wegen heftiger Kopfschmerzen verlassen, nach Hause gehen und sich niederlegen.

14. XI. heftiges Fieber, Kopfschmerzen; Anschwellung der Nase und des Gesichtes; keine Secretion der Nase; kalte Umschläge.

18. XI. Es bilden sich Blasen auf der Nase. Im rechten Ohr beginnt sich Schmerzhaftigkeit einzustellen, Entzündung im äusseren Gehörgang.

20. XI. Otitis externa; Blutblase auf der hinteren Wand des Gehörgangs, intensive Röthung des Trommelfells, besonders am Hammerkopf; heftige Schmerzen; Politzer bringt einige Erleichterung. Allgemeine Abschwellung der Nase von aussen und innen; schleimigeitrige Absonderung; die Schorfe sind noch vorhanden.

25. XI. Ausfluss aus dem rechten Ohr; Foetor der Nase verschwunden; schleimigeitrige Absonderung; Perforat. tymp.

28. XI. Kein Geruch und keine Borkenbildung; Schleimabsonderung in der Nase. —

2. Bruder E., 27 Jahre alt; Ozaena beiderseitig und im Nasenrachenraum; starker Foetor; Atrophie der Schleimhaut.

13. XI. 1895. Elektrolytische Sitzung zuerst links; die positive Elektrodennadel wird in die mittlere Muschel eingeführt, die negative in die äussere Wand des unteren Nasengangs; Strom in 30 Secunden auf 10 MA; heftiger Schmerz; mehr als 12 MA werden nicht ertragen, wird daher auf 10 MA zurückgegangen. Dauer der Stromeinwirkung im Ganzen 8 Minuten. Darauf wird die rechte Seite vorgenommen; positive Elektrode in der mittleren Muschel, negative in einem Knorpelvorsprung des Septum; der Strom wird langsam eingeführt und erreicht in 3 Minuten 8 MA; darauf wird auf 15 MA gestiegen, die aber nicht ertragen werden; man lässt nun 10 und 8 MA 5 Minuten lang einwirken. — Nach der Sitzung heftige Kopfschmerzen, welche den ganzen Tag anhalten.

14. XI. Kopf noch empfindlich und verspürt noch die Operation.

15. XI. Mehr Schmerzen als Tags zuvor; kalte Umschläge auf die Nase.

16., 17., 18., 19. XI. Schmerzen in der Nase und im Kopfe; Schwindel. Unmöglich sich zu schnäuzen; Gefühl von Verlegtsein der Nase wie bei einem Schnupfen.

21. XI. Abnahme des Foetor; in der Nase beginnt Schleimabsonderung, die sich leicht loslöst.

26. XI. Immer noch etwas Geruch vorhanden, man sieht noch die Einstichstellen; reichliche Schleimabsonderung; Nase noch häufig verlegt.

29. XI. Beinahe kein Geruch mehr; die Nase reinigt sich leicht.

Patient stellt sich auf meine Veranlassung am 26. II. 1896 wieder vor; ich konnte nicht mehr den geringsten Geruch constatiren; die Schleimhaut hat ein normales Aussehen angenommen und die atrophischen Partien haben sich regenerirt. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Nasensecrets ist noch der Coccobacillus nachzuweisen, vermischt mit anderen Mikroben, eingebettet in ein Stratum von Schleimfäden und Plattenepithelien.

3. Ch., 20 Jahre alt; äusserst foetide Ozaena der Nasenhöhlen, des Nasenrachenraumes und des Rachens; Atrophie der Nasenmuscheln und der Schleimhaut. Die Localbehandlung hatte bisher keinen Erfolg.

Am 14. XI. 1895 elektrolytische Behandlung beider Nasenhälften zuerst der rechten; positive Elektrode in der rudimentären unteren Muschel, negative Elektrode im Septum. Der Strom wird langsam eingeführt bis auf 10 MA; heftiger Kopfschmerz, Thränenträufeln; Schmerzen an der positiven Elektrodeneinstichstelle, welche die Patientin mit einer Wunde vergleicht, auf welche man Salz gestreut; Dauer der Sitzung 10 Min., leidliche Schmerzen des Abends.

15. XI. Patientin fühlt nichts mehr.

21. XI. Der Geruch nimmt ab; Erleichterung für das Schnäuzen, welches besser von statten geht, als früher; im Pharynx sind noch Borken.

26. XI. Die operirte Seite blutet häufig. Elektrolytische Sitzung der linken Nasenseite, wie bei der rechten; man steigt auf 8 und 10 MA, welche heftiges Kopfweh auf der linken Seite, besonders den Schläfen verursachen, Dauer der Stromeinwirkung 12 Min.; das Kopfweh bleibt den ganzen Tag bestehen; starke Absonderung aus der Nase mit kleinen Blutungen; Klopfen im Kopf.

28. XI. Immer starke Schleimabsonderung mit Ausstossen übelriechender Borken; kein Klopfen mehr im Kopf.

29. XI. Nach Ausspritzen der Nase: keine Borken zu sehen, weder in der Nase noch im Pharynx; viel Schleim im Nasenrachenraum, was vorher nie der Fall war; keine Entzündungserscheinungen.

4. XII. Noch ein wenig Geruch vorhanden, verdickter Schleim im Nasenrachenraum, der sich leicht loslöst.

11. XII. Der Geruch nimmt immer mehr ab; die linke Nasenseite ist ganz rein, in der rechten Schleimansammlung; Patientin gibt an, wenig borkige Schleimmassen auszuschnäuzen; im Pharynx sind noch Borken.

23. XII. Kein Geruch und keine Borkenbildung mehr in der Nase, noch etwas im Pharynx.

Patientin stellt sich wieder vor am 16. III. 1896; Allgemeinzustand im Vergleich zu früher ausgezeichnet; in der Nase und im Nasenrachenraum setzt sich noch dünner eingetrockneter Schleim an; Geruch nicht wahrzunehmen.

Bei der mikroskopischen Untersuchung des Nasensecrets findet man noch den Ozaenamikroben, jedoch wenig entwickelt und gemischt mit einer grossen Menge anderer Mikroben.

4. Sch., 20 Jahre alt, Ozaena doppelseitig und im Nasenrachenraum; Schleimhautatrophie; foetider Geruch mit Borkenbildung; schwache Constitution.

Am 16. XI. 1895 elektrolytische Sitzung in der linken Nasenseite; positive Elektrodennadel in unterer Muschel; negative in einem Septumvorsprung; der Strom wird langsam eingeleitet und erreicht in 2 Min. 8 MA; geht dann zu 10 MA 10 Min. lang durch; heftiger Schmerz vorn in der Nase, Klopfen im Kopfe, welches sich beruhigt, es bleibt ihr nur ein «komisches» Gefühl im Kopfe zurück; den übrigen Theil des Tages über hat sie fortwährend starken Kopfschmerz.

20. XI. Patientin stellt sich in der Klinik vor und giebt an, dass es ihr besser gehe und dass der Geruch abgenommen habe; die Borken bilden sich noch.

22. XI. Unleugbare Besserung, selbst auf der rechten Seite; der Foetor ist sozusagen verschwunden.

25. und 26. XI. Die Besserung hält an; beinahe keine Borkenbildung mehr, desgleichen rechts; kein Geruch mehr.

28. XI. Vergangene Nacht stellten sich Ohrenschmerzen ein; am 29. XI. wurde bei der Untersuchung eine intensive Trommelfellentzündung, besonders der Shrapnell'schen Membran und Entzündung der angrenzenden oberen Gehörgangswand constatirt; geringe Linderung durch das Politzer'sche Verfahren; Verordnung kalter Umschläge.

30. XI. Die heftigen Ohrenschmerzen lassen nicht nach.

1. XII. Idem. Nachts Erbrechen; muss das Bett hüten. Phenacetin innerlich.

3. XII. Ohr läuft; Otitis ext. diffus. mit Wucherungen, welche entfernt werden; Schmerzen bestehen fort; Zunge belegt. Puls 84.

4. XII. Verschlimmerung des Zustandes; Fortbestehen des Erbrechens. Schmerzen im ganzen Kopf.

5. XII. Alarmirende Symptome; Pupillenlähmung ohne Reaction, weder auf directe Reizung noch consensuell oder accommodativ; Cheyne-Stockes'sche Athmung; Koma. Tod am Abend; Autopsie nicht gestattet.

5. Hortense M, 17 Jahre alt, dem Ansehen nach kräftig constituirt; foetide Ozaena beider Nasenhöhlen und des Nasenrachenraums. Borkenbildung massenhaft.

Am 22. XI. 1895 elektrolytische Sitzung in der linken Nasenhöhle, positive Elektrode in der unteren Muschel; negative Elektrode in einem Septumvorsprung; der Strom erreicht in 3 Min. 4 MA; Schmerzen; man steigt langsam bis auf 10 MA, welche absolut nicht ertragen werden; man lässt den Strom zu 6 und 4 MA 15 Min. wirken. Schmerzen nach der Sitzung; kalte Umschläge bringen sie zum Verschwinden, ohne dass sie wiederkehren.

23. XI. Fühlt nichts mehr.

25. XI. Besserung links und im Nasenrachenraum; die Secretion wird flüssiger; rechts noch Borken.

27. XI. Die Besserung macht Fortschritte, auch rechts.

19. XII. Der Geruch ist vollständig verschwunden; keine Borkenbildung mehr; Zustand eines chronischen Nasen- und Nasenrachenkatarrhs.

Januar 1896. Kranke geheilt mit Ausnahme eines leichten Nasenkatarrhs.

6. Leonie N., 13 Jahre alt; Ozaena mit Hypertrophie der Nasenmuscheln; Constitution lymphatisch; rapides Wachsthum.

Am 26. XI. 1895 elektrolytische Behandlung der rechten Nasenseite; positive Elektrode in untere Muschel; negative in's Septum. Strom wird allmählich eingeschlichen und in 3 Min. auf 8 MA erhöht; Kopfschmerz; mehr wird nicht ertragen; Dauer der Einwirkung 6 Min. zu 7 MA und 5 Min. zu 6 MA; nach der Sitzung wenig Kopfweh.

27. XI. Keine Entzündung und kein Schmerz.

28. XI. Beginn vermehrter Secretion; der Geruch noch vorhanden.

5. XII. Besserung; die Secretion wird flüssiger und löst sich leichter; noch keine grosse Aenderung bezüglich des Geruchs.

7. XII. Geruch nimmt ab.

12. XII. Kein Geruch mehr unter Tags; nur noch des Morgens; der Nasenrachenraum lässt zu wünschen übrig; bedeutende Besserung in der Nase.

14. XII. Auffallende Besserung; es existirt eigentlich nur noch ein chronischer Nasen- und Nasenrachenkatarrh mit starker Schleimsecretion.

19. XII. Die Nase ist vollständig frei; die Hypertrophie der Muscheln verschwunden, im Nasenrachenraum noch etwas trockener Katarrh.

27. XII. Trotz Unterlassens der Einspritzungen kein Geruch mehr seit 36 Stunden.

31. XII. Die Trockenheit im Pharynx verschwindet gleichfalls.

1. März 1896. Leichter Katarrh in der Nase und Nasenrachenraum; sonst alles in Ordnung.

Die mikroskopische Untersuchung des Nasensecrets ergibt noch hier und da wenig entwickelte Coccobacillen mit einer Menge anderer Mikroben.

7. G. Joseph, 15 Jahre alt, seit 4 Jahren an einer infecten Ozaena leidend, so dass er in der letzten Zeit nicht mehr in das Atelier zugelassen wurde. Auf der rechten Seite befindet sich in einer Ausbuchtung der Nasenscheidewand in der Höhe der mittleren Muschel ein enormer Klumpen von Borken und Schleim, sonst ist die Nase frei von Borken und im Zustand eines chronischen Nasenkatarrhs; ebenso der Nasenrachenraum.

18. XII. 1895. Elektrolytische Behandlung rechterseits; die positive Elektrodennadel wird in die untere Muschel eingestossen, die negative in den knöchernen Vorsprung des Septums, welcher das Dach der Ausbuchtung bildet; der Strom wird durchgeleitet während 3 Min. zu 1 MA, während 4 Min. zu 4 MA und während 2 Min. zu 5 MA; Schmerz rechts in der Nase und im Mund; Herabsetzung des Stromes, der noch während 2 Min. zu 4 MA, während 2 Min. zu 5 MA und während 2 Min. zu 4 MA einwirkt; kein Schmerz mehr, weder im Ohr, noch in der Nase, noch im Mund; kleine Blutung bei Entfernung der negativen Elektrodennadel; nach der Sitzung keine Empfindlichkeit mehr.

19. XII. Keine Nachwehen.

21. XII. Kein Geruch mehr; Borkenbildung nimmt ab.

26. XII. Die Borken lösen sich leicht; kein Geruch mehr.

31. XII. Die Besserung hält an; kein Geruch und keine Borkenbildung mehr.

7. I. 1896. Die Besserung hält an.

Am 24. III. stellt sich Patient auf meine Veranlassung wieder vor; es wird das Fortbestehen der Besserung in der Ausbuchtung der Nasenscheidewand constatirt, jedoch hat sich auf der anderen Nasenseite ein penetranter Geruch eingestellt und Borken sich gebildet; Patient hat seine Nase nicht mehr ausgespritzt.

Die mikroskopische Untersuchung der Secretion der linken Seite ergibt den Ozaenamikroben vermischt mit anderen Mikroben in Unmenge. (Schluss folgt.)

Aus der k. k. Universitäts-Kinderklinik von Prof. Escherich zu Graz.

Ueber einen Fall von angeborener infrapapillaerer Atresia duodeni.

Von Dr. *J. Trumpp.*

Am 12. April 1896 wurde uns ein 4 Tage altes Zwillingspaar (Mädchen) zugebracht; Partus praematurus $7^1/_2$ Monate. Das eine Kind bot ausser der den Umständen entsprechenden Lebensschwäche keine abnormen Erscheinungen und konnte am Leben erhalten werden; seine Zwillingsschwester dagegen war schon bei der Aufnahme moribund und fanden sich bei ihr ausgesprochene Symptome der Sepsis.

Nach den Angaben der Hebamme soll dieses Kind in den ersten 2 Tagen viel geschrieen haben, seitdem aber völlig stimmlos sein. Als Nahrung sei etwas Camillenthee genommen, aber jedesmal sofort wieder erbrochen worden. Eine normale Stuhlentleerung habe seit der Geburt noch nicht stattgefunden, die Windeln sollen 2 mal von Meconium etwas beschmutzt gewesen sein. Aus der Nase habe sich des Oefteren eine braune Flüssigkeit entleert.

Der Status praesens ergibt: Sehr kleines, nicht ausgetragenes Kind, 45 cm lang, nicht wesentlich abgemagert. Haut von bräunlich gelblicher Farbe (Ikterus neonatorum), an den unteren Extremitäten stark cyanotisch. Die Backenhaut, bis herab zum Unterkiefer starr, lässt sich nicht faltig aufheben. Dessgleichen zeigt der untere Theil des Abdomens, namentlich aber die Oberschenkel und die Nates, etwas weniger die Unterschenkel skleremartoese Beschaffenheit. Der Nabelstrang noch festhaftend, vertrocknet. Drüsen nicht vergrössert. Das Knochensystem dem Kindesalter entsprechend, keine Craniotabes. Das Kind liegt regungslos in passiver Rückenlage, mit geschlossenen Augen, welch' letztere wegen der sklerematoesen Lidränder nur schwer geöffnet werden können. Leichte Gelbfärbung der Skleren. Reflexe sind mit Ausnahme der cornealen nicht hervorzurufen. Aus der Nase entleert sich andauernd eine missfarbene Flüssigkeit, welche schwarzbraune, krümliche Massen mit sich führt. In derselben lassen sich mikroskopisch theils erhaltene, theils zerfallene rothe und weisse Blutkörperchen, Pigmentschollen und eine Unmasse von Bacterien, meist Kurzstäbchen, nachweisen. Die Rachenorgane zeigen, soweit sichtbar, keine Veränderung. Puls fühlbar, 104 Schläge in der Minute; Herztöne dumpf, rein.

Athmung stöhnend, Kind gibt sonst keinen Laut von sich. Im Bereich des linken Unterlappens tympanitische Dämpfung, daselbst Athmen von bronchialem Charakter. Temperatur subnormal. Leber und Milz nicht verändert. Abdomen von gehöriger Form, eher eingesunken. Harn, mit dem Katheter entnommen, trübe, enthält Albumen, Cylinder, Plattenepithelien, geschwänzte und runde Epithelzellen. Das Blut erscheint sehr dunkel, klebrig, dickflüssig; die rothen Blutkörperchen zu Haufen zusammengeballt, keine Leukocytose.

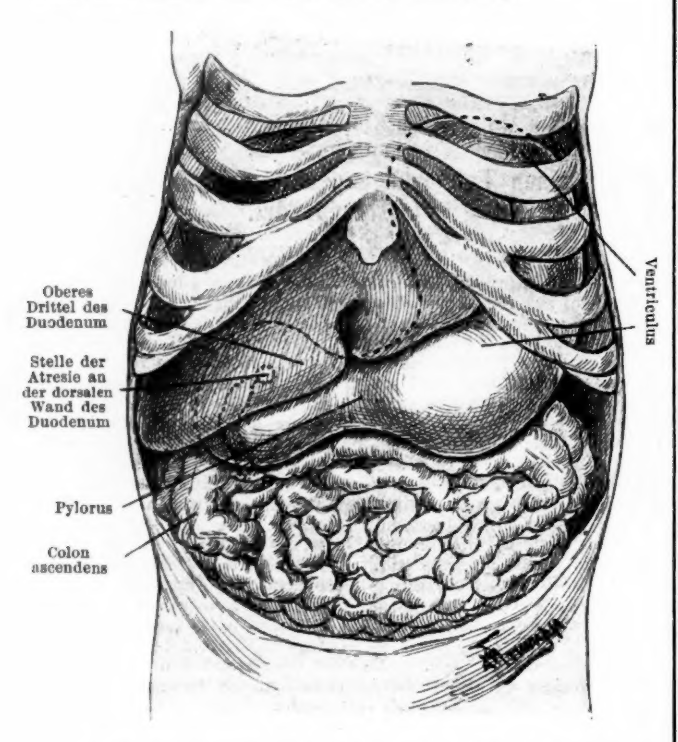
Mit steriler Spritze wird eine Punction des linken Unterlappens der Lunge vorgenommen und die aspirirte Flüssigkeit auf Glycerinagar ausgestrichen. Von der aus der Nase entleerten Flüssigkeit werden Gelatineplatten, aus dem Blute der Zehe und dem Secret der Nabelwunde (nach Entfernung des Nabelstranges) Glycerinagar-Strichculturen angelegt.

Das Kind stirbt 14 Stunden nach der Aufnahme in's Spital. Die am folgenden Morgen vorgenommene Section ergibt:

Schädelhöhle: Gehirn ohne nennenswerthen Befund.

Brusthöhle: Pneumonia lobul. sinistra.

Bauchhöhle: An den Unterleibseingeweiden fällt die enorme Dilatation des Magens und des oberen Duodenum auf, zwischen denen sich eine ringförmige Einschnürung zeigt. Vom Letzteren an erscheint der Darm total collabirt und leer. Die Entfernung vom Oesphagus bis zur Einschnürung beträgt 11 cm, von dort bis zum collabirten Darm 6 cm; die grosse Curvatur misst 25 cm, die kleine 8 cm. Nach Eröffnung des Magens ergibt sich, dass die Pylorus-Klappe an der Stelle der ringförmigen Einschnürung gelegen ist. Das Duodenum ist in seinem oberen Drittel sehr stark erweitert, in seinem mittleren Theil in einen weisslichen, derben, fibrösen, soliden Strang verwandelt, an dessen oberem Ende die Vater'sche Papille in das gerade noch offene Duodenum hineinragt; von dort aus ist der Gallengang, sowie der Ductus Wirsungianus leicht sondirbar. Der Darm unterhalb der obliterirten Stelle ist ohne Inhalt, die Schlingen klein, contrahirt, seine Schleimhaut mit wenig Schleim bedeckt, glatt und blass, erinnert in Grösse und Aussehen an das Convolut der Darmschlingen eines Meerschweinchens. Milz gross, mit glatter Kapsel, Gewebe weich und brüchig, dunkelviolett. Die linke Niere zeigt foetale Lappung, Gewebe fest, zäh, braunroth, in den geraden Harncanälchen reichlich Harnsäurecrystalle; die rechte Niere verhält sich wie die linke. Leber gross, blutreich, in der Gallenblase dünnflüssige Galle. Die Blase enthält nur wenig klaren Harn, Schleimhaut zart. Rectum ohne Inhalt, eng.



Diagnosis: Pneumonia lobul. sinistr., Atresia duodeni. (Anatom. pathol. Institut des Herrn Prof. Dr. Eppinger, Graz. No. 21033/219. 13. IV. 1896.)

Die histologische Untersuchung eines Stückchens Lunge ergibt ausser den charakteristischen Merkmalen der interstitiellen Pneumonie nichts Besonderes. Bei der Bacterienfärbung der Schnitte erscheint das Gewebe reichlich mit coccenartigen, in Gruppen gelagerten Kurzstäbchen durchsetzt.

Die Prüfung der in vivo angelegten bacteriologischen Culturen ergibt:

Aus dem Blute: Bacterium coli «alkaligenes». Auf der Original-Glyc.-Agar-Cultur entsprechend den Blutstropfen üppigstes Wachsthum, Bact. lactis aërog. ähnlich; die Colonien, graugelb, schleimig, erhaben, scharf begrenzt, die Ränder wenig gezackt.

Auf Gelatine entlang dem Strich üppiges Wachsthum; weissgelber, erhabener, schleimiger Rasen, die Ränder scharf, kleingezackt.

Auf Kartoffel, erhabener, scharf abgegrenzter Rasen, ähnlich wie bei Bact. lactis aërog., aber ohne Gasblasen.

Traubenzuckerbouillon im Gärkolben zeigt keine Gärung, im Uebrigen wolkige Trübung, starken grobflockigen, eigenthümlich schleimigen Bodensatz, an der Oberfläche fetzige, schleierartige Häute. Reaction stark sauer.

Milch kommt nicht zur Gerinnung.

Neutrale Lakmusmolke erscheint nach 24 Stunden gebläut.

2 Thierversuche mit Meerschweinchen (je 1 ccm der 24 Stunden alten Bouilloncultur intravenös injicirt) verlaufen resultatlos.

Aus der Nase: Bact. coli commune und Bact. coli «alkaligenes».

Auf den Original-Gelatine-Platten unterscheiden sich deutlich 2 verschiedene Arten von Colonien: a) fast farblose, flache, radiär gestreifte, scharf begrenzte und unregelmässig geränderte Colonien und b) weissliche, saftig glänzende, erhabene, schleimige, kreisrunde Colonien, die den Colonien des Bact. lact. aërog. ähneln, aber mehr ausgebreitet erscheinen als diese.

ad a) Auf Agar mässig starkes Wachsthum, bläulichweisser, ziemlich grob geränderter Rasen.

Auf Gelatine schwaches Wachsthum, bläulichweisser, fast durchsichtiger, ziemlich grob geränderter Rasen.

Auf Kartoffel saftiger, erbsengelber Rasen.

Traubenzuckerbouillon im Gärkolben zeigt nach 24 Stunden starke Gärung, erscheint gleichmässig getrübt, geringer Niederschlag, Reaction stark sauer.

Milch nach 24 Stunden geronnen.

Neutrale Lakmusmolke nach 24 Stunden intensiv geröthet.

ad b) Auf Agar schon nach 24 Stunden üppige, schleimige, erhabene, opake, weissgelbe Leiste mit glatten Rändern.

Auf Gelatine saftige, schleimige, perlfarbene, wenig gezackte Leiste.

Auf Kartoffel lichtgelber, saftiger, erhabener, scharf abgegrenzter Rasen, ähnlich wie bei Bact. lact. aërog. aber ohne Gasblasen.

Traubenzuckerbouillon im Gärkolben zeigt keine Gärung, dagegen wolkige Trübung, starken, grobkörnigen, eigenthümlich schleimigen Bodensatz, an der Oberfläche grauweisse, schleierartige Häute. Reaction stark sauer.

Milch kommt nicht zur Gerinnung.

Neutrale Lakmusmolke wird nach 24 Stunden vollständig gebläut.

Thierversuche mit Meerschweinchen, je 2 ccm pro Kilo Thier von 24 Stunden alter Bouilloncultur. Bei intraperitonealer Injection sterben die Thiere nach 12 Stunden unter den für Bact. coli typischen Erscheinungen. Bei intravenöser Injection bleiben die Thiere am Leben, ohne irgend welche Reaction zu zeigen.

Aus der Nabelwunde: Bacterium lactis aërogenes.

Auf der Originalcultur Agarstrich üppigstes Wachsthum. Weissgelbe, schleimige, erhabene Leiste mit glatten Rändern. Auf Gelatine üppige, perlfarbene Leiste mit unregelmässigen, erhabenen Rändern.

Auf Kartoffel saftiger, graugelber, erhabener Rasen, der mit zahlreichen, grösseren und kleineren Gasblasen durchsetzt erscheint.

Traubenzuckerbouillon im Gärkolben zeigt nach 24 Stunden starke Gärnng, erscheint gleichmässig getrübt, geringer staubförmiger Niederschlag, Reaction stark sauer.

Milchzuckerbouillon zeigt dasselbe Verhalten.

Die Untersuchung der Culturen ergab:

Aus dem Blute: reichliche den Tropfen entsprechende Colonien eines den Colibacillen zugehörigen, bisher noch nicht beschriebenen Kurzstäbchens, das auf Gelatine in Form saftiger, weisser Rasen wächst; auf Kartoffel weissgelbe erhabene Auflagerungen, ähnlich dem Bacterium lactis aërogenes, auf Traubenzucker Säure, auf Lakmusmolke dagegen Alkali bildet. Milch bringt es nicht zur Gerinnung. 2 Thierversuche (je 1 ccm intravenös injicirt verliefen resultatlos, wogegen die Thiere bei intraperitonealer Injection von 2 ccm erliegen.

Auf den Agarplatten aus der Nase entwickeln sich zahlreiche Colonien, unter denen man weissglänzende, knöpfchenförmig erhabene und andere, mehr in der Fläche ausgebreitete, scharf, aber unregelmässig geränderte unterscheiden kann. Die ersteren gehören der im Blute gefundenen Varietät, die letzteren der typischen von Escherich beschriebenen Art der Colibacillen mit erbsengelbem Wachsthum auf Kartoffel an. Sie bringen die Milch nach 24 Stunden zur Gerinnung und erzeugen im Gärkolben auf Traubenzuckerbouillon geimpft Gas und Säure.

Aus den Platten, die vom Secret der Nabelwunde angelegt werden, finden sich nur spärliche Colonien, welche sich als identisch mit dem von Escherich im Säuglingsdarm entdeckten Bacterium

lactis aërogenes erwiesen: kurze plumpe Stäbchen, auf Agar und Gelatine üppig wachsend. Auf Kartoffel bilden sie die bekannte grauweisse, saftige, von Gasblasen durchsetzte Cultur und bringen Milch wie Traubenzuckerbouillon im Gärkolben zu intensiver Gärung und Säuerung.

Dieselben Colonien fanden sich, allerdings nur 2—3 an der Zahl, auf dem mit Lungensaft angelegten Impfstrich und wir dürfen wohl annehmen, dass die in den Lungenschnitten gefundenen Kurzstäbchen zum Theil wenigstens als Bacterium lactis anzusprechen sind. Es ist wahrscheinlich, dass die Bacterien mit aspirirtem Meconium in die Lunge und von da oder auch wohl direct von der lädirten Magenschleimhaut aus in's Blut gelangten.

Ueber das aetiologische Moment der vorliegenden Missbildung konnte nichts Näheres ermittelt werden.

Klinische Erfahrungen über Paramonochlorphenol bei Larynxphthise.*)

Von Dr. *Hedderich* in Heidelberg.

Ich möchte mir erlauben, Ihnen kurz mitzutheilen, welche Erfahrungen wir in der Klinik des Herrn Professors Jurasz mit Paramonochlorphenol bei Larynxphthise gemacht haben.

Das Mittel hat Dr. Spengler in Petersburg im vorigen Jahre sehr warm empfohlen. Sp. machte damit Versuche an Reinculturen von Tuberkelbacillen und prüfte dieselben nach an Meerschweinchen; auch wandte er das Mittel bei 26 Phthisikern an und erzielte angeblich bei 10 Fällen Heilung.

Auf Veranlassung meines Chefs habe ich etwa 30 Patienten mit Paramonochlorphenol behandelt und konnte im Allgemeinen — wenn auch in bescheidenerem Maasse — die Angaben Spengler's bestätigen. Alle Patienten gaben schon nach sehr kurzer Zeit — gewöhnlich nach zweimaliger Anwendung des Mittels — an, ihre Beschwerden seien gebessert. Insbesondere verschwanden die Schluckschmerzen und der lästige Kitzel im Halse; auch wurde die Athmung freier. Objectiv konnte man nachweisen, dass vorhandene Ulcera sich reinigten und allmählich heilten. Die Oedeme gingen langsam zurück, auch verkleinerten sich die Infiltrate. Bei schweren progressiven Fällen sahen wir, wie nicht anders zu erwarten, keine Besserung. Von Heilung dürfen wir vielleicht nur in 2 Fällen sprechen und auch da nur bedingungsweise, da wir diese beiden in der letzten Zeit nicht mehr gesehen haben. Nebenerscheinungen unangenehmer Natur waren von Sp. nicht beobachtet worden; wir mussten die Behandlung in 3 Fällen aussetzen, weil regelmässig nach der Anwendung Erbrechen auftrat. Die Patienten befanden sich dabei den ganzen Nachmittag sehr schlecht, hatten insbesondere über anhaltende Uebelkeit zu klagen.

Zu erwähnen bleibt noch, dass absichtlich von operativen Eingriffen abgesehen wurde; die Allgemeinbehandlung wurde indessen beibehalten.

Parachlorphenol ist Phenol, in welchem ein H durch Cl ersetzt ist; es verhält sich ähnlich wie Carbolsäure und löst sich schwer in Wasser, leicht in Glycerin. Wir wendeten für den Larynx eine 10proc. Lösung in Glycerin an, welche wir mit umwickelter Sonde auftrugen. 20proc. Lösung macht einen weissen Aetzschorf wie Acid. carbol. liquef. Wir haben diese Lösung für die Nase und den Pharynx verwendet.

Die Resultate sind, wie Sie gesehen haben, nicht glänzend; indessen dürfte dabei zu berücksichtigen sein, dass die poliklinische Behandlung nicht sehr gut durchgeführt werden kann aus mancherlei äusseren Gründen und sehr oft seitens der Patienten nach eingetretener Besserung unterbrochen wird. Immerhin verdient P. weiterhin geprüft zu werden.

---

*) Vortrag, gehalten auf der 3. Versammlung süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg.

Feuilleton.

Zur Geschichte des Hauner'schen Kinderspitals.

Von Professor Dr. *H. v. Ranke.* [1])

Die Geschichte der Kinderspitäler im Allgemeinen geht nicht weiter zurück, als bis zum Anfang dieses Jahrhunderts. Bis dahin gab es zwar an vielen Orten Waisen- und Findelhäuser, aber keine Hospitäler für kranke Kinder. Nur verhältnissmässig selten wurden kranke Kinder in die Krankenanstalten für Erwachsene aufgenommen und dann meist unter den ungünstigsten Verhältnissen.

In Erkenntniss dieser Uebelstände wurde in Paris im Jahre 1802 das frühere Waisenhaus Maison de l'Enfant Jesus in ein Hospital für kranke Kinder von 2—15 Jahren umgewandelt. Es ist dies das nachher so berühmt gewordene Hôpital des Enfants Malades, das als das erste und grösste Kinderhospital Europas für die Entwicklung der Kinderkrankenhäuser nicht nur, sondern der wissenschaftlichen Kinderheilkunde von grösstem Einfluss geworden ist.

28 Jahre waren seit der Gründung des Pariser Kinderhospitals verflossen, als im Jahre 1830 in der Charité in Berlin eine Kinderabtheilung eröffnet wurde, die noch heute besteht. An einigen anderen Orten entstanden einstweilen nur poliklinische Institute für kranke Kinder, so in Wien, London, Dresden.

Im Jahre 1834 wurde in Petersburg das Nicolai-Kinderhospital gegründet; im Jahre 1837 folgte dann Wien mit der Gründung des St. Annen-Kinderspitals, 1838 Breslau mit der Anstalt, welche jetzt den Namen Wilhelm-Augusta-Kinderhospital trägt, 1839 Pest mit dem Armen-Kinderspital.

In den Jahren 1840—1850 entstanden in einer Reihe von Städten eigene Kinderspitäler, so in Hamburg, Stuttgart, Prag, Moskau, Turin, Berlin, Graz, Frankfurt a. M., München.

Zwischen 1850 und 1860 wurden Kinderhospitäler gegründet in Basel, Stettin, Kopenhagen, Christiania, London, Liverpool, Stockholm, Manchester und das zweite grosse Pariser Kinderhospital, das Hôpital Trousseau.

In die Jahre 1860—1870 fällt die Gründung der Kinderhospitäler in Heidelberg, Lissabon, Zürich, Dublin, Rom, mehrerer in London und des grossen Kinderhospitals des Prinzen Peter von Oldenburg in St. Petersburg.

Erst in die neueste Zeit fällt die Gründung des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderhospitals in Berlin und des neuen Kinderkrankenhauses zu Leipzig, wo bis dahin nur ein kleines ungenügendes Spital bestanden hatte.

Sie sehen, dass unser humanes Jahrhundert rasch und allgemein nachzuholen suchte, was frühere Zeiten in der Fürsorge für die armen kranken Kinder versäumt hatten. Dabei hat offenbar als weiteres, mächtig treibendes Motiv die Ueberzeugung von der Wichtigkeit einer genaueren, wissenschaftlichen Erkenntniss der Kinderkrankheiten mitgewirkt.

Die meisten Kinderspitäler, mit wenigen Ausnahmen, entstanden aus ganz kleinen Anfängen und waren nur auf die Privatwohlthätigkeit angewiesen, sowie auch unser Münchener Kinderspital, zu dessen Entstehungsgeschichte ich mich nun wende.

Unser Kinderspital wurde am 1. August 1846 in einer kleinen Miethwohnung, Sonnenstrasse 27, mit 6 Betten von Dr. Hauner eröffnet.

Sonnenstrasse 27, das war ein kleines, unscheinbares Gebäude mit Schindeldach, das nördlich und etwas schief neben der alten protestantischen Kirche stand. Gewiss können sich manche der Aelteren unter uns noch an dieses unscheinbare Häuschen erinnern.

Der Gründer des Hospitals, dessen Namen unsere Anstalt noch heute trägt und statutengemäss für immer tragen wird, war der damals 35 jährige praktische Arzt Dr. Hauner, geboren zu Neumarkt a. d. Rott, der seine Studien in München vollendet und sich dann vorübergehend in Wien aufgehalten hatte, wo damals eben das erste Kinderspital auf deutschem Boden, das St. Annen-

---

[1]) Rede, gehalten bei der Feier des 50 jährigen Jubiläums des Dr. v. Hauner'schen Kinderspitals, am 1. August 1895 (s. Münch. Medicin. Wochenschr. No. 31. 1896. S. 735).

Kinderhospital, von Dr. Mauthner, mit 12 Betten, gegründet worden war.

Es ist sicher anzunehmen, dass die Gründung des St. Annen-Kinderspitals in Wien, wie einigen anderen deutschen Aerzten, so auch Dr. Hauner den Impuls zu seinen Bestrebungen gegeben hat.

Schon im Herbst 1845 hatte Dr. Hauner um die k. Genehmigung nachgesucht, eine Heilanstalt für kranke Kinder, bis incl. zum sechsten Jahre, in einer gemietheten Localität gründen zu dürfen und hatte sich erboten, dazu aus eigenen Mitteln 1000 fl. beizusteuern.

Seine Majestät König Ludwig I. genehmigte das Gesuch unter der Bedingung, dass die Statuten der Anstalt von der k. Polizeidirection gutgeheissen würden und dass das Gründungscapital mit 1000 fl. ausgewiesen sei.

Das war der überaus bescheidene Anfang der Anstalt, in der wir uns heute befinden.

Besondere Unterstützung fand in seinen Bestrebungen Dr. Hauner seitens des Geheimen Rathes Professor Dr. v. Walther und der Frau Obersthofmeisterin Gräfin zu Eltz, welche letztere das Armenkinderspital zu Pest aus eigener Anschauung kannte.

Auf die Verwendung dieser beiden übernahm Ihre Majestät die Königin Therese das Protectorat der neu zu errichtenden Anstalt.

Aus dem ersten Jahresberichte, den Hauner erstattete, ist zu entnehmen, dass ausser 1000 fl. vom Stifter, von der Münchener Liedertafel 1000 fl. und 1364 fl. von 64 Wohlthätern zum Gründungscapital beigesteuert worden waren. Die jährlichen Mitgliederbeiträge betrugen 1158 fl. und für 2 aus fremden Gemeinden behandelte Kinder, waren 6 fl. vereinnahmt worden.

Behandelt wurden im ersten Jahre 358 kranke Kinder, davon 102 in der Anstalt.

Uebrigens war der Andrang der Kranken zur Anstalt, wie ich aus dem Munde des Stifters selbst hörte, Anfangs ein sehr geringer. Als sich eines Tages Ihre Majestät die Königin zu einem Besuch der Anstalt anmelden liess, musste Hauner rasch aus dem Ambulatorium noch einige Kinder aufnehmen, um die 6 Betten zu füllen.

Im 2. Jahr ihres Bestehens erhielt die Anstalt von König Ludwig I. ein Fundationscapital von 7000 fl., so dass sich am Schluss dieses Jahres das Anstaltsvermögen auf etwas über 10 000 fl. bezifferte.

Im Jahre 1848 habilitirte sich Hauner als Privatdocent für Kinderheilkunde an der Universität.

1849 wurde das Haus No. 9 an der Jägerstrasse angekauft und das Spital dahin transferirt. Im selben Jahre bewilligte Se. Majestät König Max der Anstalt den freien Bezug der Medicamente aus der k. Hofapotheke. Ich erwähne sogleich an dieser Stelle, dass auch heute noch die verstaatlichte Anstalt für ihre armen Patienten des Ambulatoriums und der Poliklinik sehr grosse Benefizien aus der k. Hofapotheke bezicht, wofür Sr. Kgl. Hoh. dem Prinzregenten der innigste Dank dargebracht wird.

Vom Jahre 1850 an bewilligte der Stadtmagistrat München einen jährlichen Zuschuss von 200 fl., nachdem der Magistrat der Vorstadt Au schon im Jahre 1849 jährlich 50 fl. bewilligt hatte.

Im Jahre 1852 spendete der Stadtmagistrat zur Herstellung eines Separatlocales zur Behandlung von Krätzkranken einen einmaligen Beitrag von 400 fl. Es dürfte von Interesse sein, zu erfahren, dass dieses Local für Krätzkranke einem grossen Bedürfniss der armen Bevölkerung entsprach. In unserem gegenwärtigen Krätzsaal werden im Jahre durchschnittlich mehr als 100 derartige Kranke behandelt.

Im Jahre 1853 übernahm der Orden der Barmherzigen Schwestern die innere Leitung, Wart und Pflege im Kinderspital und begann damit eine segensreiche Thätigkeit, die bis zum heutigen Tage fortdauert und statutengemäss fortdauern wird, so lange die barmherzigen Schwestern in dem benachbarten Allgemeinen Krankenhause verwendet werden.

Im Jahre 1854 wurden 33 an der Cholera erkrankte Kinder in das Spital aufgenommen.

Nach dem Ableben der Königin Therese, welche bekanntlich selbst der Cholera erlag, übernahm Königin Marie das Protectorat der Anstalt.

Der Landrath von Oberbayern bewilligte einen jährlichen Beitrag von 400 fl. und der Stadtmagistrat erhöhte den seinigen auf 300 fl.

Im Sommer 1855 machte Dr. Hauner dem Magistrat den Vorschlag, er möge das Hospital, mit einem Kapitalvermögen von 20 000 fl. und einer Einrichtung von 30 Kinderbetten, selbst übernehmen und dafür einen Neubau ausführen.

In dem ablehnenden Bescheide des Magistrats, heisst es: «man verkenne nicht die Wichtigkeit des Kinderspitals, glaube auch, dass es früher oder später, sei es als ein Attribut der Universität, sei es als eine Wohlthätigkeitsanstalt, aus der Stellung einer Privatanstalt in die einer öffentlichen übergehen werde, zur Zeit jedoch seien die Mittel dazu nicht vorhanden.»

Mit dieser Abweisung nicht beruhigt, stellt Hauner, im März 1856, die Bitte an den Magistrat, ihm wenigstens ein Darlehen von 20 000 fl. zu bewilligen, «um einen Kinderspitalneubau, nach den besten Musterbauten von Wien und Frankfurt, ausführen zu können».

Als auch dieses Gesuch, «mit Rücksicht auf die finanziellen Verhältnisse der Gemeinde» abgewiesen worden war, gelangte noch im Juli 1856 ein von allen Ausschussmitgliedern unterzeichnetes Gesuch an den Magistrat, um Gewährung eines Bauplatzes.

Diesem Gesuche entsprechend beantragte der Magistrat bei dem Gemeindecollegium die unentgeltliche Abtretung eines 20 000 Quadratfuss haltenden Theiles des dem Hl. Geistspital gehörigen Angers an der Mathildenstrasse.

Das Gemeindecollegium erklärte sich zwar mit dem Antrag im Princip einverstanden, gab aber der Meinung Ausdruck, — allerdings sehr mit Recht — dass ein Bauplatz von 20 000 Quadratfuss nicht hinreiche; es würde bald mehr Grund und Boden nachverlangt werden; Dr. Hauner sei daher zunächst aufzufordern, ein ausgearbeitetes Programm seines Baues vorzulegen.

Hauner legte nun zunächst den Abriss des Dr. Christ'schen Kinderspitals in Frankfurt vor, «das ihm von vielen Aerzten als eine Musteranstalt geschildert werde» und später, da dieser Plan als unzureichend befunden wurde, das Programm für ein Spital in Hufeisenform, zweistöckig, für circa 100 Betten. Doch der Plan scheiterte an dem Widerstande der gesammten Nachbarschaft in der Mathildenstrasse. Auf Grund eines von 40 Adjacenten unterzeichneten Protestes verweigerten dann die Gemeindebevollmächtigten die Abtretung des fraglichen Platzes.

Im Jahre 1858 beschloss nun auch der Ausschuss des Kinderspitals, von einem Neubau überhaupt «wegen Unzulänglichkeit der Mittel» abzusehen und anstatt dessen das Spital an der Jägerstrasse durch einen Anbau zu vergrössern, zu welchem vom Magistrat ein unverzinsliches Darlehen von 4000 fl. erbeten wurde.

Diese Bitte fand Genehmigung und damit kamen die Pläne des einstweilen zum Prof. hon. ernannten Dr. Hauner bis zum Jahre 1873 zur Ruhe.

Die Leistungen des Kinderspitals in diesem Zeitraum waren stetig wachsende.

Die Zahl der im Hospitale selbst behandelten Kinder war von 102 im ersten Berichtsjahre auf 347 im Jahre 1872 gestiegen; die Zahl der im Ambulatorium unentgeltlich behandelten Kinder im selben Zeitraum von 250 auf 2552.

Die jährlichen Mitgliederbeiträge blieben sich während des ganzen Zeitraums ziemlich gleich und schwankten zwischen 1100 und 1200 fl.

Von Interesse dürfte die Mittheilung einiger ärztlicher Namen sein, die in den Jahresberichten, sei es als freie Mitarbeiter Prof. Hauner's, sei es als Assistenten des Spitals genannt werden.

Bei dieser Namensnennung muss ich mich nur auf Münchener beschränken. Es sind das: Buhl, Karl Thiersch, Alfred Vogel, Kerschensteiner, Ehrl, Nussbaum, Wertheimber, Proxner, Ranke, Rigauer.

Als I. Vorsteherin des Vereinsauschusses hatte seit der Gründung Freifrau von Gumppenberg functionirt.

Als Freifrau von Gumppenberg im Jahre 1871 starb, wurde von Ihrer Majestät, der Königin Marie, Freifrau

von Speidl als I. Vorsteherin aufgestellt, welche ihr Amt bis zur Uebergabe des Spitals an den Staat, im Spätherbst 1886, mit seltener Kenntniss und Hingabe durchführte.

Im Jahre 1870 stellte Prof. Hauner ein Gesuch an den Magistrat um Erhöhung des Jahresbeitrages. Dem Gesuch wurde zwar eine Folge nicht gegeben, aber in dem Berichte des Finanzausschusses über den Gemeindeetat 1871 findet sich die Bemerkung: «Der Bestand des Spitals ist für die Stadt eine enorme Wohlthat.»

Im November 1873 hatte sich Prof. Hauner auf's Neue an den Magistrat gewendet um Ueberlassung eines passenden Bauplatzes zu einem Neubau.

Im Jahresbericht 1875 meldete er: «Der Magistrat der k. Haupt- und Residenzstadt München hat dem Vereine unentgeltlich einen Bauplatz in der Nähe des Allgemeinen Krankenhauses überlassen, unter der Bedingung, dass dem Magistrate, durch Vertretung im Ausschuss, Einblick in die Verwaltung gewährt und demselben das Vermögen des Vereins zugesprochen werde, im Fall dieser sich auflösen sollte.»

Es handelte sich um einen Bauplatz neben dem pathologischen Institute an der, damals noch nicht eröffneten Göthestrasse. Doch auch dieses Mal wieder erhoben sich Schwierigkeiten, so dass der Neubau abermals vereitelt wurde.

Inzwischen war aber das Kinderspitalgebäude an der Jägerstrasse schon verkauft worden, so dass die Anstalt in Gefahr stand, obdachlos zu werden.

Der Jahresbericht für 1876 meldet hierüber: «Die Hindernisse, welche der Uebernahme des vom Magistrat dem Vereine unentgeltlich überlassenen Bauplatzes und der Inangriffnahme des Neubaues entgegenstanden, konnten gegen Erwarten vor der Hand nicht gehoben werden, das Spital musste also transferirt werden und fand durch das freundliche Entgegenkommen des Magistrates ein zweckentsprechendes, provisorisches Unterkommen in dem magistratischen Anwesen in der Gartenstrasse No. 9» (dem von Herrn Professor von Maurer der Stadt für wohlthätige Zwecke geschenkten Hause).

Ueber die damalige Grösse des Spitals erfahren wir, dass im Ganzen 41 Betten zur Verfügung standen, von denen durchschnittlich 30 belegt waren.

Im Jahre 1875 hatte der Magistrat seinen jährlichen Beitrag auf 1000 fl. erhöht und im Jahre 1877 erhöhte der Landrath von Oberbayern den seinigen auf 1200 Mark. Die Vereinsbeiträge betrugen im Jahre 1877 2258 Mark.

Die neuen Statuten des Spitals, nach welchen als Mitglied des Vereinsausschusses der I. Bürgermeister delegirt werden sollte, kamen lange nicht zur Geltung, weil die Gegenleistung des Magistrats, die unentgeltliche Ueberlassung eines Bauplatzes für das Hospital, nicht ausgeführt werden konnte.

Endlich im Jahresbericht für 1880 heisst es: «Das lang angestrebte Ziel ist erreicht. Der Magistrat hat dem Spital zum Zweck eines entsprechenden Neubaues einen an der Lindwurmstrasse, in der Nähe des allgemeinen Krankenhauses, vortrefflich gelegenen Bauplatz unentgeltlich überlassen.»

Und weiter folgt die dem Ganzen erst die Krone aufsetzende Mittheilung: «Se. Maj. der König ertheilte dem Spitale die Genehmigung zur Veranstaltung einer Lotterie.»

Durch dieses Lotterieunternehmen im Betrage von 300 000 Mk. wurden nun dem Spital erst die nöthigen Mittel zugeführt, nachdem bis dahin seine eigenen Mittel doch noch recht knapp und zu einem grösseren Bau durchaus unzureichend gewesen waren.

Das zum Neubau eines Kinderspitals von Seite der städtischen Collegien abzutretende Areal, an der Ecke der Lindwurm- und Göthestrasse, umfasste 1 Tagw. und 55 Dez. und wurde zu dem billigen Preise von 1 Mk. 20 Pf. per Quadratfuss abgetreten. Der sich für die ganze Fläche berechnende Preis wurde auf dem Bauplatz an erster Stelle hypothekarisch versichert und sollte so lange unverzinslich bleiben, als der von der Gemeinde mit dem Verein vereinbarte Vertrag in Kraft bliebe.

Der Verein verpflichtete sich dagegen, auf dem abzutretenden Platz ein Kinderspital zu bauen und das Gebäude nur als Kinderspital zu benützen.

Noch im Jahre 1880 wurde mit dem Bau begonnen und zwar nach den Plänen des Herrn städtischen Baurathes Zenetti.

Der Bau ging rasch vor sich.

In dem Jahresbericht pro 1881, dem letzten über das alte Spital an der Gartenstrasse, wird besonders noch Herrn Dr. Alfred Halm, k. Hofstabsarzt, «der die Leitung der Anstalt schon seit mehreren Jahren übernommen», und Herrn Geheimrath von Nussbaum, «dem treuesten Anhänger des Spitals seit seiner Gründung», dann auch Herrn Privatdocent Dr. Oeller, der die Behandlung der Augenkranken übernommen hatte, der Dank gezollt.

Endlich am 15. Mai 1882 konnte das neue Spital, in dem wir uns hier befinden, eröffnet werden.

Der verdiente Gründer desselben, Herr Prof. Dr. v. Hauner, war an diesem seinem Ehrentage bereits schwer leidend, so dass ihm die Verlesung der Eröffnungsrede sichtlich Mühe machte.

Im Jahresberichte 1882 schreibt der Ausschuss: «Dr. v. Hauner kann mit gerechtem Stolze und grösster Befriedigung auf das Ergebniss seines 35jährigen Strebens zurückblicken. Er hat ein grosses Werk geschaffen und den Segen vieler Tausender sich erworben».

Wir können uns dieser Bemerkung des Ausschusses aus vollem Herzen anschliessen.

Der Jahresbericht 1882 enthält eine Abbildung des neuen Spitals, zugleich mit einer genauen Beschreibung des Neubaues von der Hand des nun auch bereits verstorbenen Herrn Stadtbaurathes Zenetti.

Die Kosten des Baues hatten 281 657 Mk. 75 Pf. betragen.

Im Jahre 1884, am 11. Juni, starb Herr Prof. Dr. v. Hauner und die Leitung des Spitals ging definitiv auf Herrn Hofstabsarzt Dr. Halm über.

Mit dem Neubau der Anstalt waren aber offenbar die Anforderungen an dieselbe so bedeutend gewachsen, dass der Ausschuss des Vereins kaum mehr im Stande war, denselben gerecht zu werden.

Eine Verbindung des Spitals mit der Universität bestand seit Prof. v. Hauner's Tode nicht mehr.

Als im Jahre 1885 das Budget für die XVIII. Finanzperiode vorbereitet wurde, hatten die medicinische Facultät und der Senat der Universität einstimmig den Antrag gestellt, das k. Staatsministerium wolle, nachdem das Bedürfniss einer Kinderklinik für den medicinischen Unterricht immer fühlbarer hervorgetreten, eine Position, welche die Gründung einer solchen Klinik, zunächst in einem gemietheten Hause, ermöglichen würde, in das Budget einsetzen.

Der damalige Herr Cultusminister, Freiherr v. Lutz und sein Referent, der damalige Ministerialrath, Herr Staatsrath v. Ziegler, eröffneten hierauf mit dem Ausschuss des Dr. v. Hauner'schen Kinderspitals Verhandlungen, welche die für das Bedürfniss der Universität denkbar günstigste Lösung vorbereiteten.

Ein Ministerialerlass an den Magistrat, vom 26. Mai 1886, äusserte sich darüber folgendermassen: «Die Universität München entbehrt seit langer Zeit einer Kinderklinik. Dieser Mangel ist um so empfindlicher, als die Behandlung der Kinderkrankheiten einen der wichtigsten Theile der Heilkunde bildet und nur am Krankenbette mit Erfolg gelehrt werden kann . . . . Der Verein für das Dr. v. Hauner'sche Kinderspital, dessen verdienstvolles, opferwilliges Wirken auch vom Magistrat der k. Haupt- und Residenzstadt München stets unterstützt und gefördert wurde, fasste, von der Nothwendigkeit des klinischen Unterrichts in der Behandlung der Kinderkrankheiten überzeugt, den hochherzigen Entschluss, diese Anstalt dem Staate zum Eigenthum zu überlassen . . .»

Ueber die näheren Motive zu diesem Schritt des Vereinsausschusses erhalten wir Aufschluss durch einen Bericht, welchen Freifrau v. Speidl an Ihre Majestät, Königin Marie, erstattet hatte.

In demselben heisst es: «Das Dr. v. Hauner'sche Kinderspital hat eine Ausdehnung genommen, welche es zweifelhaft erscheinen lässt, ob dasselbe mit den Kräften, wie sie einem Privatvereine zur Verfügung stehen, dauernd weiter geführt werden kann. Während die Vereinsbeiträge nur 3 229 Mk. entziffern, betragen die Vereinsausgaben 24 727 Mk. Diese Ausgaben lassen sich ohne Schädigung des Zweckes nicht kürzen . . . Während sich die Frage aufdrängt, ob unter diesen Verhältnissen der Verein

weiter zu führen sei, zeigt sich die Möglichkeit, den Vereinszweck, die Behandlung kranker Kinder, in noch viel besserer Weise als bisher, dauernd sicher zu stellen.

Das k. Staatsministerium des Innern für Kirchen- und Schulangelegenheiten will nämlich die Anstalt mit erhöhten Mitteln, in erweitertem Umfang fortbetreiben und dieselbe zugleich dem medicinischen Unterrichte zugänglich machen.»

Es werden nun die Bedingungen der Vereinbarung näher präcisirt: Einerseits sollen das Haus und das vorhandene rentirende Vermögen an den Staat abgetreten werden.

Andererseits soll die Anstalt den Namen: Dr. v. Hauner'sches Kinderspital fortdauernd behalten; die barmherzigen Schwestern sollen so lange im Spitale verbleiben, als sie in dem Allgemeinen Krankenhause verwendet sind. Das Vereinsvermögen darf nur in so weit angegriffen werden, als es zur Zahlung der auf dem Spitale ruhenden Hypothek für den Bauplatz nöthig wird; dieser Betrag soll allmählich refundirt werden und das Stammcapital soll zum Zweck der unentgeltlichen Aufnahme und Behandlung armer kranker Kinder, zunächst der k. Haupt- und Residenzstadt, dienen.

Diese Bedingungen fanden die Genehmigung Ihrer Majestät, und später auch der Generalversammlung des Kinderspitalvereines.

Inzwischen war auf Antrag des k. Cultusministeriums von den beiden Kammern des Landtages beschlossen worden, eine Position von jährlich 18000 Mk. für Uebernahme des Kinderspitals durch den Staat zu bewilligen, vorbehaltlich der Zustimmung des Stadtmagistrates zu den eben erwähnten Bedingungen des Kinderspitalvereins.

Anfangs stiessen die Verhandlungen mit dem Stadtmagistrate noch auf Schwierigkeiten. Der Magistrat beanspruchte nämlich, dass der Staat die Verpflichtung übernähme, alle armen Kinder der Stadt München unentgeltlich im Spitale zu behandeln, soweit die vorhandenen Räume reichen. Hiedurch würde der Staat zu Gunsten der Stadt München eine Last haben übernehmen müssen, welche im Rahmen der ihm von den Kammern bewilligten Mittel nicht hätte bestritten werden können.

Doch auch diese letzte Klippe wurde glücklich umschifft und am 23. August erklärte der Stadtmagistrat sich damit einverstanden, dass der Staat sich civilrechtlich nur soweit verpflichte, dass er die armen kranken Kinder der Stadt München mindestens bis zum Betrage der Zinsen des ihm übergebenen rentirlichen Vermögens unentgeltlich behandelt und verpflegt.

Damit war die Grundlage gewonnen zu der Schankungsurkunde, welche am 3. November 1886 zwischen den Vertretern des Dr. v. Hauner'schen Kinderspitalvereins, des Stadtmagistrats und der k. Staatsregierung abgeschlossen wurde.

Am 24. November 1886 vollzog sich die Uebergabe des Hospitals an den Staat in feierlicher Weise, in Gegenwart Sr. Excellenz des Herrn Cultusministers v. Lutz und seines Referenten, Herrn Staatsrathes v. Ziegler, des damaligen I. Bürgermeisters, Herrn Dr. v. Erhardt und mehrerer Herren Magistratsräthe und Gemeindebevollmächtigten, einer Anzahl Mitglieder der medicinischen Facultät, der Ausschussmitglieder des früheren Kinderspitalvereins, insonderheit dessen Vorsteherin, Freifrau v. Speidl und des bisherigen Directors, Herrn Hofrathes Dr. v. Halm und vieler anderer Gönner der Anstalt.

Zum Oberarzt der chirurgischen Abtheilung war der damalige Vorstand der chirurgischen Poliklinik, Herr Prof. Dr. Angerer ernannt worden, zum Oberarzt der internen Abtheilung und zugleich zum Director des Hospitals meine Person.

Damit war mir in erster Linie die Verantwortung für das weitere Gedeihen dieser schönen Anstalt zugefallen.

Das Hospital war in mancher Richtung noch unfertig und zeigte noch wesentliche Mängel, um seinen Zweck voll und ganz erfüllen zu können.

In erster Linie hatte im Kinderspital seit Jahren nur ein Ambulatorium, keine Poliklinik, bestanden. Gerade aber auch die poliklinische Behandlung, d. h. die Behandlung schwer erkrankter Kinder in den Familien, entspricht nicht nur einem wesentlichen Bedürfniss der armen Bevölkerung, sondern auch des Unterrichts und dient zugleich dazu, der Klinik passendes Krankenmaterial zur Verfügung zu stellen.

Ich ging also sofort nach Uebernahme des Hospitals daran, mit Genehmigung der vorgesetzten Behörden, eine Poliklinik in's Leben zu rufen. Für diese und das Ambulatorium wurde ein zweiter Assistenzarzt aufgestellt, welchem später noch ein Volontärarzt beigegeben wurde.

Jetzt werden pro Jahr durchschnittlich mehr als 1000 kranke Kinder in ihren Wohnungen in der Stadt behandelt, im letzten Jahre 1094, und im allgemeinen Ambulatorium 6032.

Eine weitere dringende Aufgabe bestand darin, einen Hörsaal für den klinischen Unterricht zu erbauen, da bisher in der Anstalt für den Unterricht keinerlei Fürsorge getroffen war. Es blieb nichts übrig, als zu diesem Zweck, so gut es ging, 2 Zimmer im Erdgeschoss zu adaptiren, die bis dahin zur Wohnung des Hausarztes gedient hatten. Der Saal hat Raum für ca. 70 Hörer und reicht bis jetzt aus, so lange der Unterricht in der Kinderheilkunde nicht obligatorisch ist.

Hier muss erwähnt werden, dass im November 1887 von dem k. Staatsministerium des Innern die Erbauung einer Anstalt zur Beschaffung von Thierlymphe auf dem Grundstück des Kinderspitals angeregt wurde. Ich hatte in dem von mir erstatteten Gutachten erklärt, dass es mir sehr fraglich erscheine, ob die Errichtung einer Anstalt zur vorschriftsmässigen Beschaffung von Thierlymphe zweckmässig mit einem Kinderspital, in welchem ansteckende Krankheiten verschiedener Art beständig vorhanden sind, in nähere Verbindung zu bringen sei. Wenn aber von dem k. Staatsministerium die Angliederung der betr. Anstalt an das Kinderspital in der That gewünscht werde und der Leiter des Centralimpfinstitutes in dieser Verbindung kein Bedenken finde, so sei ein Platz in der Nähe des Maschinenhauses verfügbar.

Die Anstalt wurde dann an der genannten Stelle erbaut und hat bis jetzt glücklicher Weise aus der Nachbarschaft des Spitals keinerlei Schädigung erlitten.

Schon in meiner Rede, gelegentlich der Uebernahme der Direction am 24. November 1886, hatte ich erwähnt, dass nach den ursprünglichen Plänen Baurath Zenetti's eigene Pavillons zur Isolirung ansteckender Krankheiten im Garten des Anstaltsgebäudes in Aussicht genommen waren. Ich sagte dann: «Diese Baracken kamen nicht zur Ausführung; ich halte aber ihre Herstellung zum Schutz der Patienten des Hauptgebäudes vor Ansteckung für ein unabweisbares, dringendstes Bedürfniss.»

Anfangs hatte ich mich mit dem Gedanken getragen, zu diesem Barackenbau die, zum grössten Theil während meiner Vorstandschaft, schon im Hinblick auf eine spätere Verbindung mit dem Kinderspital, ersparten Mittel der Reiner'schen Privatheilanstalt für Kinderkrankheiten zu verwenden und so beide Anstalten zu dem gleichen wohlthätigen Zweck mit einander zu verbinden.

Dieser Plan fand jedoch nicht die Genehmigung des hier zuständigen Armenpflegschaftsrathes München.

Der Armenpflegschaftsrath wies meinen Antrag ab, beschloss jedoch, vom Jahr 1889 an, dem Kinderspital aus dem Reiner'schen Fond einen jährlichen Beitrag von 500 Mk. zu bewilligen, «so lange im Sinne der Dr. Reiner'schen Bestrebungen eine Besuchsanstalt für Kinderkrankheiten im Dr. v. Hauner'schen Kinderspital fortgeführt wird.»

Die auf diese Weise erreichte Vermehrung der Mittel des Hospitals zum Besten der neugegründeten Poliklinik kam zwar erwünscht; für den Barackenbau musste aber nun anderweitige Hilfe in Anspruch genommen werden.

In dem Jahresberichte für 1888 sagte ich: «Das Bedürfniss nach einem Isolirbau für acute Infectionskrankheiten hat sich durch die Erfahrungen des Jahres 1888 noch greller herausgestellt als früher. Hier liegt ein Nothstand vor, welchem durchaus abgeholfen werden muss; und da der Reiner'sche Fond dazu nicht verwendet werden darf, muss der Staat um Hilfe angerufen werden.»

Ausser den fehlenden Baracken für Infectionskrankheiten zeigte das Hospital besonders noch folgende Mängel:

Es fehlte an Raum, um das Pflegepersonal auch nur noch um Eine Schwester vermehren zu können, ebenso waren keine Separatzimmer für zahlende Kranke vorhanden. Dazu war es

nothwendig, das obere Stockwerk zwischen den beiden Eckpavillons auszubauen.

Als ein weiteres Desiderat, um die hygienischen Verhältnisse des Hauptgebäudes günstiger zu gestalten, erschien die Herstellung geräumiger Veranden im ersten und zweiten Stockwerk, auf welchen in der wärmeren Jahreszeit die kleinen Kranken, sei es in ihren Betten liegend oder frei sich bewegend, Luft und Licht geniessen könnten.

Da es sich nun, zur Zeit als das Budget für die XX. Finanzperiode bereits in Berathung stand, zeigte, dass die Finanzlage des Staates eine sehr günstige war, stellte ich am 20. März 1889 an den Senat der Universität das Ansuchen, den Antrag

1. auf Erbauung eines Absonderungslocales für Masern- und Scharlachkranke, sowie einer Beobachtungsstation für zweifelhafte Fälle, im Garten der Anstalt,
2. auf Aufbau des Mittelbaues des Hauptgebäudes bis zur Höhe der beiden Eckpavillons,
3. auf Herstellung von Veranden im I. und II. Stockwerk,

bei höchster Stelle zu befürworten und die Einstellung dieser Bauten in den Neubauetat für die XX. Finanzperiode noch nachträglich bewirken zu wollen.

In der That geschah dies, und Seine Excellenz Herr Staatsminister von Lutz, überzeugt von der Nothwendigkeit der betr. Bauten, beschloss, das Gesammtpostulat den Kammern zur Genehmigung vorzulegen.

Die Genehmigung erfolgte Seitens beider Kammern des Landtages und so konnte das k. Landbauamt München mit der Ausführung der Bauten beauftragt werden.

Bis zum Herbst 1891 waren sämmtliche Bauten fertiggestellt. Die Baracke wurde an der Westseite des Gartens, längs der Göthestrasse, erbaut und besteht aus drei völlig von einander isolirten Abtheilungen für Scharlach, Masern und für zweifelhafte Fälle. Die Beobachtungsstation für zweifelhafte Fälle liegt in der Mitte und hat in 2 Etagen Raum für je 4 Betten, während für Scharlach und Masern je ein grosser Saal mit 10 Betten und 1 Separatzimmer mit je 1 Bett zur Verfügung stehen.

Die Infectionsbaracke steht seit dem 16. September 1891 in beständigem Betriebe und hat sich gut bewährt. -- Der Aufbau des II. Stockwerks und die Verweisung der Scharlach- und Masernfälle aus dem Hauptgebäude in die Baracke schaffte Raum für die nothwendige Vermehrung des Pflegepersonales; ausserdem konnte ein Laboratorium für mikroskopische, chemische und bacteriologische Arbeiten, sowie ein Bibliothekzimmer eingerichtet werden. Ganz besonders aber ist zu betonen, dass 2 Säle frei wurden für eine Säuglingsabtheilung, welche die Anstalt bisher schwer entbehrt hatte.

Die Separatzimmer entsprechen offenbar einem Bedürfniss der Bevölkerung.

Ehe ich die Besprechung der Neubauten der Klinik verlasse, muss noch erwähnt werden, dass im Jahre 1893 ein kleines Leichenhaus im Garten errichtet wurde. Früher fand sich nämlich die Leichenkammer im Souterrain des Hauptgebäudes. Dadurch, dass auch Leichen an infectiösen Krankheiten Verstorbener zeitweilig dort untergebracht werden mussten, ergab sich eine beständige Infectionsgefahr für die Bewohner des Hauptgebäudes, eine Gefahr, die absolut beseitigt werden musste.

Durch die entgegenkommende Güte Sr. Excellenz des Herrn Staatsministers von Müller erhielt die Anstalt die Mittel zu diesem Bau aus einem Nebenfond des k. Cultusministeriums.

Endlich ist noch zu erwähnen, dass, nachdem die Baracke in Betrieb gestellt war, es sich bald herausstellte, dass die Anlage von 2 Dampfkesseln im Kesselhause nicht mehr genügte. Es musste daher ein 3. Dampfkessel aufgestellt werden.

Alle diese grossen Leistungen verdankt die Anstalt der k. Staatsregierung, wofür derselben der wärmste Dank gebührt.

Ich wende mich nun zur Besprechung der Betriebsmittel der Anstalt.

Dem jährlichen Sustentationsbeitrag des Staates von 18 000 Mk. lag die Berechnung zu Grunde, dass mit dieser Summe, sammt den Zinsen der Activcapitalien des Hospitals und den Verpflegungsbeiträgen zahlender Kinder, es möglich sein werde, ca. 40 Betten mit nicht zahlenden Kindern beständig belegt zu halten, 30 in der internen, 10 in der chirurgischen Abtheilung.

Der Staat schaffte also durch seinen Jahresbeitrag nur die Mittel, die Anstalt in beschränktem Betrieb zu erhalten.

Zu einer Weiterentwicklung der Anstalt mussten weitere Hilfsquellen aufgesucht werden.

In erster Linie kam hier der Kreisfondszuschuss von 1200 Mk., welchen der Landrath von Oberbayern der Privatanstalt gewährt hatte, in Betracht. In dankenswerthester Weise beschloss der Landrath sofort, auf die Bitte der Direction, den bisherigen Beitrag auch der verstaatlichten Anstalt weiter zu gewähren. Ferner bewilligten die Landräthe von Niederbayern und von Schwaben und Neuburg, vom Jahre 1889 an, jährliche Sustentationsbeiträge von 200 bezw. 300 Mk., so dass jetzt die Einnahmen des Hospitals aus Kreisfonds jährlich 1700 Mk. betragen.

Der Stadtmagistrat München hatte mit dem Uebergang der Anstalt auf den Staat seinen jährlichen Beitrag von 1700 Mk. eingezogen. Es macht mir aber ganz besondere Freude, melden zu können, dass seit dem Jahre 1895 die Stadt wieder einen jährlichen Beitrag von 1000 Mk. zahlt und dass damit Magistrat und Gemeindecollegium ihr Interesse an der Weiterentwicklung unserer Anstalt in erfreulichster Weise bekunden.

Leider hatte sich der alte Kinderspitalverein bei Uebernahme der Anstalt durch den Staat aufgelöst; unmöglich aber konnte auf die Privatwohlthätigkeit ganz verzichtet werden.

Ich schrieb daher schon in dem Jahresberichte für 1887: «Für die Weiterentwicklung unserer so segensreich wirkenden Anstalt muss nach wie vor die Privatwohlthätigkeit eintreten und der Unterzeichnete lebt der sicheren Hoffnung, dass dies auch geschehen wird. Wohlthäter, welche, sei es durch jährliche Beiträge oder einmalige Gaben, sei es durch letztwillige Verfügung, für die armen kranken Kinder beizusteuern bereit sind, werden niemals mangeln.»

Diese Hoffnung hat auch nicht getäuscht.

Im Jahre 1887 erliess ich einen Aufruf zur Gründung eines neuen Vereins zur Unterstützung des Spitals, welchem sofort eine Reihe edler Wohlthäter Folge leistete, so dass sich der Verein am 27. Juni 1888 constituiren konnte. Die Generalversammlung genehmigte die Vereinsstatuten, und das erste Mitgliederverzeichniss wies bereits 92 Namen auf, mit 700 Mk. jährlichen Beiträgen.

Zweck des Vereins ist: «Die Privatwohlthätigkeit, durch welche das Dr. v. Hauner'sche Kinderspital gegründet und bis zur Zeit, als ihm eine staatliche Subvention zu Theil wurde, allein unterhalten worden war, der Anstalt auch fernerhin zu wahren und dadurch deren weitere Entwicklung und Nutzbarmachung für die armen kranken Kinder möglichst zu fördern.»

I. Vorsitzender des Vereins ist der jeweilige Director des Kinderspitals, welchem ein Ausschuss von 4 von der Generalversammlung zu wählenden Mitgliedern zur Seite steht. Als Ausschussmitglieder fungiren seit der Gründung die Herren: Ludwig Jung, k. Rath und Vorsitzender des bayerischen Landes-Feuerwehr-Ausschusses, Wilhelm Müller, Cassier und Procuraträger der Mayer'schen Hof-Kunstanstalt, Otto v. Pfister, Grosshändler, und Dr. Max Wohlmuth, prakt. Arzt. Herr Dr. Wohlmuth ist Stellvertreter des Vorsitzenden, Herr W. Müller Cassier.

In der am 22. April 1893 abgehaltenen Generalversammlung wurde beschlossen, Ihrer Königlichen Hoheit der Frau Prinzessin Ludwig von Bayern die Bitte zu unterbreiten, Hochdieselbe wolle geruhen, das Protectorat des Vereins zu übernehmen. Dieser Bitte wurde huldvollst entsprochen und bethätigen Ihre Königliche Hoheit, wie deren Anwesenheit bei der heutigen Feier wieder beweist, das lebhafteste Interesse am Kinderspital und dessen Weiterentwicklung.

Die von dem Vereine aufgebrachten Mittel machen es in erster Linie möglich, dem Kinderspital gewissermassen einen familiären Charakter zu erhalten, durch Veranstaltung von Weihnachts- und Osterbescheerungen. An der Weihnachtsbescheerung nehmen stets eine Anzahl Freunde der Anstalt Theil und erquicken ihr Herz an der Freude der armen kranken Kinder.

Eine Hauptaufgabe des Vereins bildet die Förderung der poliklinischen Abtheilung des Hospitals. Zu diesem Zwecke erhält der Volontärarzt der Poliklinik vom Verein einen Beitrag zur Zimmermiethe mit jährlich 240 Mk. Auch der Volontärassistent

der chirurgischen Abtheilung bezieht eine jährliche Gratification von 300 Mk.

Ausser diesen jährlich wiederkehrenden Ausgaben für Bescheerungen und für die genannten ärztlichen Functionen spendete 1890 der Verein 3000 Mk. zum Ankauf eines grossen Desinfectionsapparates, in welchem ausser der Bettwäsche auch ganze Bettstellen mit allem Zubehör, in strömendem Dampf desinficirt werden können. Dieser Apparat wirkt auf das Günstigste und steht in fast täglichem Gebrauch.

Im Jahre 1893 deckte der Verein das Deficit des Spitals mit 688 Mk. 47 Pf.

Diese bedeutenden ausserordentlichen Leistungen des Vereins wurden dadurch ermöglicht, dass derselbe ausser den ständigen Mitgliederbeiträgen eine nahezu ebenso grosse Summe alljährlich, meist von nicht genannt sein wollenden Gönnern, als Geschenk erhält.

Bei Schluss des Jahres 1895 betrug das Vermögen des Vereins 4 721 Mk. 26 Pf. Der Ausschuss beschloss, diese Mittel einstweilen zusammenzuhalten, da voraussichtlich bald neue grosse Aufgaben an den Verein herantreten werden.

Ich denke hier in erster Linie an die Möblirung des Diphtheriepavillons, von dem ich sogleich zu sprechen haben werde.

Seit Uebernahme des Spitals durch den Staat wird in beiden Abtheilungen desselben, der internen wie der chirurgischen, klinischer Unterricht ertheilt, an welchem stets eine grosse Zahl Studirender und junger Aerzte theil nehmen.

Die Leitung der chirurgischen Abtheilung hatte Herr Professor Angerer seit Spätherbst 1886 geführt. Am 1. Juli 1891 legte er die Oberarztstelle nieder, nachdem ihm die Direction der chirurgischen Klinik im Allgemeinen Krankenhause übertragen worden war. Die Anstalt bewahrt ihm ein dankbarstes Gedächtniss.

An Herrn Prof. Angerer's Stelle wurde Herr Privatdocent Dr. Herzog zum Oberarzt unserer chirurgischen Abtheilung ernannt.

Die Anzahl der im Spitale ausgeführten chirurgischen Operationen ist in stetiger Zunahme begriffen und Herr Collega Herzog hat sich besonders verdient gemacht dadurch, dass er die heilgymnastischen Uebungen, welche ich im Jahre 1889 für an Verkrümmungen leidende Kinder im Wartesaal der Anstalt mit entsprechenden Apparaten eingerichtet und durch den poliklinischen Assistenten hatte leiten lassen, als ein Adnex der chirurgischen Abtheilung selbst übernommen und dadurch erst in die richtigen Bahnen geleitet hat.

Ausser der internen und chirurgischen Abtheilung, der Poliklinik und dem allgemeinen Ambulatorium besteht noch ein gesondertes Ambulatorium für Augenleidende. Dasselbe wurde bis Schluss des Jahres 1887 von Herrn Hofrath Dr. Oeller geleitet, vom 1. Januar 1888 bis Herbst 1889 von Herrn Privatdocent Dr. Schlösser, von Herbst 1889 bis jetzt von Herrn Augenarzt Dr. Rhein. Diesen sämmtlichen Herren gebührt der wärmste Dank der Direction.

Nach dem Jahresberichte für das Jahr 1895 ergab die Gesammtthätigkeit des Hospitals folgende Ziffern:

1. Im Hospitale verpflegt wurden	1133	Kinder
2. Im allgemeinen Ambulatorium behandelt . .	6032	„
3. Im Ambulatorium für Augenkranke	261	„
4. Poliklinisch, in ihen Privatwohnungen behandelt	1049	„
5. Unentgeltlich geimpft wurden	882	„
Die Summe aller im Jahre 1895 vom Hospitale behandelten Kinder beträgt demnach	9357	Kinder.

Die Einnahmen der Anstalt pro 1895 betrugen 31 621 Mk., darunter 3483 Mk. 75 Pf. Verpflegsgelder zahlender Kinder; die Ausgaben 31 553 Mk., so dass ein kleiner Activrest verblieb.

Die Anstalt erscheint jetzt, bei einer Aufnahme von etwas über 1100 Kindern und bei ca. 18 500 Kinderverpflegstagen pro Jahr, so ziemlich an der Grenze ihrer gegenwärtigen Leistungsfähigkeit angelangt, bis weitere Betriebsmittel verfügbar werden.

Ueber die wissenschaftlichen Leistungen, welche mit der Kinderklinik zusammenhängen, zu sprechen, ist hier nicht der Ort.

Ich nähere mich dem Schluss.

Ueber sehr vieles Gute, das im Laufe von 50 Jahren erreicht wurde durch die unermüdliche Thätigkeit des Gründers, unter Beihilfe des Hofes, der städtischen Collegien, des Staates, der Kreise Ober- und Niederbayern und Schwaben und sehr zahlreicher edler Wohlthäter, konnte ich berichten und dennoch darf ich nicht schliessen, ohne auf weitere Aufgaben hingewiesen zu haben, die gelöst werden müssen, wenn die Anstalt ihre humanitäre und wissenschaftliche Aufgabe erfüllen soll.

Die Zahl der in die Anstalt aufgenommenen Diphtheriekranken ist von Jahr zu Jahr gestiegen. Im Jahre 1886 waren es 90, im Lahre 1895 235 Fälle, die zur Aufnahme gelangten. Die Diphtherie lieferte demnach im letzten Jahre 27,6 Proc. aller Fälle der internen Abtheilung.

Die hiemit verbundene Anhäufung von Diphtheriekranken in dem oberen Stockwerk der Anstalt legt der Direction die Pflicht auf, um Hausinfectionen zu vermeiden, darauf bedacht zu sein, dass wo möglich auch diese ansteckende Krankheit, wie das für Scharlach, Masern und zweifelhafte Fälle bereits erreicht ist, in einem Separationslocale im Garten untergebracht werde.

Der Bau eines eigenen Diphtheriepavillons ist ein dringendes Bedürfniss, das von der medicinischen Facultät anerkannt wird.

Hoffentlich wird es gelingen, durch gütige Unterstützung seitens des kgl. Staatsministeriums, bei dem nächsten Budgetlandtag, von den Kammern die Mittel zu einem derartigen Bau bewilligt zu erhalten.

Doch auch die Platzfrage macht Schwierigkeiten, da ohne eine Vergrösserung des Gartens kein Raum für einen Diphtheriepavillon vorhanden ist.

Verhandlungen wegen Erweiterung der Lindwurmstrasse haben die Aussicht eröffnet, dass die beiden hohen Gemeindecollegien, in Austausch eines Theiles der Strassenfront der Anstalt, den zum Bau des Diphtheriepavillons nöthigen Platz an der Rückseite unseres Anwesens von dem Krankenhausareale abtreten werden.

Die Möblirung des Pavillons könnte dann der Verein zur Unterstützung des Kinderspitals aus seinen Mitteln bestreiten.

So würde viribus unitis die Entfernung der Diphtheriekranken aus dem Hauptgebäude durchgeführt werden, zum Besten aller übrigen Kranken des Hauses, insonderheit auch der chirurgischen Abtheilung, deren Pfleglinge bekanntermassen für Infectionen besonders empfänglich sind.

Eine zweite Aufgabe kann ich einstweilen nur schüchtern andeuten.

Es ist ein allgemein angenommener Grundsatz der Hospital-Hygiene, insonderheit der Hygiene der Kinderspitäler, dass das Ambulatorium ausserhalb des Spitalgebäudes untergebracht werden soll, weil es sich nicht vermeiden lässt, dass an ansteckenden Krankheiten leidende Kinder dahin gebracht werden und so Ansteckung im Hause veranlassen.

Kinderspitäler beherbergen eben ein Menschenmaterial, das, fast möchte ich sagen, in exorbitanter Weise, für alle Arten von Ansteckung empfänglich ist. Nur wer bacteriologisch gearbeitet hat und weiss, welche unendliche Vorsicht dazu gehört, um das Eindringen fremder Keime in Reinculturen auszuschliessen, kann sich von dieser Empfänglichkeit einer grösseren Anzahl kranker Kinder für Infection einen Begriff machen.

Ich halte es nun für wahrscheinlich, dass die bayerische Centralimpfanstalt aus der, doch nicht gerade Vertrauen erweckenden Nachbarschaft der Infectionsbaracken des Kinderspitals und des Allgemeinen Krankenhauses mit der Zeit wieder entfernt werden wird.

Dann liesse sich die Wäscherei des Kinderspitals in das Gebäude der Centralimpfanstalt verlegen und das Ambulatorium in das Gebäude der gegenwärtigen Wäscherei, so dass dasselbe von dem Hauptgebäude völlig getrennt und von der Strasse aus unmittelbar zugänglich wäre.

Auf diese Weise wären dann die Zugänge, auf welchen die Infection bisher in das Haus gelangen konnte, jedenfalls zum allergrössten Theil abgegraben bezw. verschlossen und die Anlage der Münchener Kinderklinik wäre in rationeller Weise ausgestaltet, so dass sie als eine Musteranstalt gelten könnte.

Und nun nur noch ganz wenige Worte über die Stellung der Kinderheilkunde in den medicinischen Facultäten.

Es liegt in der Natur der Sache, dass eine Disciplin, welche erst seit verhältnissmässig kurzer Zeit Anstalten besitzt, in welchen

sie gelehrt werden kann, in den Universitäten noch nicht die Stellung sich errungen hat, die ihr offenbar gebührt.

Die Kinderheilkunde ist keine Specialität im gewöhnlichen Sinne, sondern ein wichtiger, integrirender Theil der internen Medicin, dessen Studium jedoch nicht in den grossen internen Kliniken für Erwachsene, sondern nur in Kinderspitälern betrieben werden kann.

Die Vertreter der Kinderheilkunde sollen auf der breiten Grundlage der wissenschaftlichen Medicin gebildet sein; ich würde es sehr beklagen, wenn es einmal Specialisten der Kinderheilkunde gäbe, welche sich nicht zuerst auf dem Boden der gesammten medicinischen Wissenschaften tüchtig umgethan hätten, ehe sie sich der Kinderheilkunde zuwenden.

In dieser Weise aufgefasst, ist aber die Kinderheilkunde ein unentbehrlicher Theil der ärztlichen Ausbildung geworden.

Ein junger Arzt, der in die Praxis tritt, ohne Kenntnisse in der Kinderheilkunde, macht, wie gar Mancher zu spät bemerkt, die traurigsten Erfahrungen über das Ungenügende seiner Vorbildung. Und hier sehen Sie sofort, dass die Kinderheilkunde in der That nicht eine Specialität ist, etwa wie Augen-, Ohren- und Kehlkopfkrankheiten. Jedermann wird zugeben, dass man nicht von jedem praktischen Arzte verlangen kann, dass er schwierige Operationen auf diesen Gebieten ausführen könne, wohl aber muss von jedem Hausarzt gefordert werden, dass er die nöthigen Kenntnisse besitze, um die Kinder der sich ihm anvertrauenden Familien zu behandeln.

Es muss daher der Studirende, mehr als dies bisher geschah, auf die Wichtigkeit des Studiums der Kinderheilkunde hingewiesen werden.

Erfahrungsgemäss wird in dieser Beziehung jedoch nur etwas erreicht, wenn auch in der ärztlichen Prüfung auf die Kinderheilkunde gebührende Rücksicht genommen wird.

Ich wünsche keine Specialprüfung aus der Kinderheilkunde, aber ich halte es im Interesse der Sache gelegen, wenn an allen Universitäten, an denen eine Klinik der Kinderheilkunde mit einer genügenden Bettenzahl besteht, der Vorstand derselben mit den internen Klinikern, in irgend welcher Weise regelmässig alternirend, zur Prüfung aus der inneren Medicin zugezogen wird.

Seit neuester Zeit besteht diese Einrichtung bereits in Berlin und Leipzig. —

Königliche Hoheit und hohe Anwesende, ich bitte vielmals um Verzeihung, dass ich Ihre Geduld so lange in Anspruch genommen habe.

Sie alle stimmen, das bin ich überzeugt, mit mir in dem Wunsche überein, dass sich unser Hauner'sches Kinderspital auch in der Zukunft in humanitärer und wissenschaftlicher Beziehung weiter entwickeln möge, wie es das in dem ersten halben Jahrhundert seines Bestehens gethan hat.

Das walte Gott!

Referate und Bücheranzeigen.

Dr. Georg Winter, a. o. Professor für Gynäkologie und Oberarzt an der k. Universitäts-Frauenklinik in Berlin: **Lehrbuch der Gynäkologischen Diagnostik.** Unter Mitarbeitung von **Dr. Carl Ruge** in Berlin. Mit 20 Tafeln und 140 Textabbildungen. Leipzig. Verlag von S. Hirzel. 1896. XII und 455 S. — Pr. M. 14.

Seit der «Gynäkologischen Diagnostik» von Veit, deren 2. Auflage im Jahre 1891 erschien, existirt in der Literatur keine ähnliche Bearbeitung dieser Disciplin. Bei den grossen Fortschritten, welche die Diagnostik in der Gynäkologie durch die häufige Controle des Palpationsbefundes bei der Laparatomie, sowie durch die Vervollkommnung der mikroskopischen Diagnose erfahren hat, ist es daher mit Freuden zu begrüssen, wenn ein so erfahrener Gynäkologe wie Winter, den heutigen Standpunkt der gynäkologischen Diagnose fixirt und das Bewiesene und Feststehende vom Unsichern und noch Zweifelhaften scheidet. Von ganz besonderem Werthe für das vorliegende Werk war es, dass die Bearbeitung der mikroskopischen Abschnitte Carl Ruge übernommen hat, den W. nicht mit Unrecht als den Schöpfer und steten Förderer der mikroskopischen Diagnostik bezeichnet. Das W.'sche Buch steht dadurch, speciell durch die von Ruge bearbeiteten Abschnitte, weit über dem Niveau eines gewöhnlichen Lehrbuchs und stellt weit mehr ein Handbuch alles Wissenswerthen, welches die heutige Gynäkologie in diagnostischer Beziehung lehrt, dar. Bei dieser Gelegenheit sei gleich erwähnt, dass uns das W.'sche Lehrbuch nicht für einen sehr grossen Leserkreis bestimmt erscheint. Der Anfänger sowohl wie der praktische Arzt werden beim Studium desselben die Empfindung haben, dass der Verfasser oft zu viel beim Leser voraussetzt. So findet sich die ganze mikroskopische Technik in 14 Zeilen erledigt (p. 28), die sehr ausführliche Beschreibung der Gonococcen entschädigt nicht für das Fehlen der betreffenden Abbildungen, die diffenterialdiagnostischen Bemerkungen verlieren sich oft zu sehr in allgemeine Betrachtungen. Das Buch ist in erster Linie für den angehenden Gynäkologen bestimmt, der darin Alles finden wird, was er in diagnostischer Beziehung für sein Fach braucht. Aber auch der fertige Specialist wird aus dem W.'schen Buche noch Vieles lernen können. Dass Letzterer nicht mit Allem, was W. lehrt, einverstanden sein wird, ist bei dem ausgesprochenen Standpunkt, den das Buch einnimmt, nicht zu verwundern. So wird die oft wiederholte Lehre, dass in der Gynäkologie die objective Untersuchung dem Krankenexamen vorangehen solle, nicht ohne weiteres acceptirt werden können. Auch der Grundsatz, dass eine Probeauskratzung des Uterus nur zum Zwecke der Diagnose unstatthaft sei, wird in dieser kategorischen Form nicht aufrecht zu erhalten sein. Selbst Ruge betont mit gesperrtem Druck (p. 335) die Nothwendigkeit der histologischen Untersuchung von curettirtem Material, «um Irrthümern zu entgehen und so frühzeitig wie thunlich über beginnende Malignität Kenntniss zu erlangen.» Auch die anscheinend von W. getheilte Ansicht Schultze's, dass die Stenose des Cervicalcanals zu den seltensten Ursachen der Dysmenorrhoe gehört (p. 420), dürfte noch manchen Widerspruch erfahren. Dagegen wird man nur damit einverstanden sein können, wenn W. im klinischen Theil bei der Beschreibung der Endometritis auf jede Eintheilung verzichtet und die Affection nur als Ganzes aufgefasst wissen will (p. 314), während R. vom anatomischen Standpunkt Recht hat, wenn er an seiner Eintheilung der Endometritis interstitialis, glandularis, diffusa, und ihren verschiedenen Unterabtheilungen festhält (p. 343).

Das Werk zerfällt in 3 Abschnitte, die allgemeine, specielle und analytische Diagnostik. Letztere, welche die Ursachen der häufigsten gynäkologischen Symptome, der Blutungen, Amenorrhoe, Dysmenorrhoe und Sterilität behandelt, ist eine sehr werthvolle Beigabe und mit grosser Liebe und Sorgfalt bearbeitet. Speciell den Abschnitt über Sterilität halten wir für einen der gelungensten des ganzen Buches.

Eine besondere Zierde des Werks bilden die Abbildungen, besonders die mikroskopischen. Dieselben sind durchweg autotypische Wiedergaben von Mikrophotographien und ermöglichen durch ihre Naturtreue eine genaue Controle auf die Richtigkeit der daraus gezogenen Schlüsse. Ueberhaupt ist die Ausstattung des Buchs, was Papier, Druck und Abbildungen betrifft, vorzüglich und macht der Verlagsbuchhandlung alle Ehre. Druckfehler sind uns nur wenige aufgefallen; störend darunter sind nur die falschen Bezeichnungen von Abbildungen in den Figurenangaben (p. 350 sq.), weil der Leser sich erst selber die richtigen Tafeln aufsuchen muss. Es scheint Ruge hier eine andere Nummerirung der Figuren vorgelegen zu haben.

Wir können unser Urtheil dahin zusammenfassen, dass das Winter'sche Buch eine werthvolle Bereicherung der gynäkologischen Literatur darstellt, das jedem angehenden und fertigen Gynäkologen zum Studium angelegentlichst empfohlen werden kann.

Jaffé-Hamburg.

Dr. B. M. Lersch: Geschichte der Volksseuchen nach und mit den Berichten der Zeitgenossen mit Berücksichtigung der Thierseuchen. Berlin 1896. Verlag von S. Karger, Charitéstr. 3. 455 Seiten.

Der Verfasser dieses inhaltsreichen Werkes hat sich einer höchst mühevollen und umfangreichen Arbeit unterzogen: das Sammeln, Ordnen der tausenderlei Thatsachen nach Zeit und Ort, das Aufsuchen der Quellen in den verschiedenen Sprachen, die

richtige Auswahl und Bemessung der in den Anmerkungen niederzulegenden zeitgenössischen Berichte sind Aufgaben, welche die Zeit und die Geduld des Verfassers bis auf das Aeusserste in Anspruch nehmen. Diesen Mühsalen gegenüber steht nun allerdings ein innerer Erfolg, nämlich das lohnende Bewusstsein, der gelehrten Welt ein Nachschlagebuch, einen Behelf für spätere Forschung in die Hand gegeben zu haben, mit welchem sich bequemer weiterarbeiten lässt. Mit dieser Befriedigung muss sich der Autor in stiller Resignation begnügen, denn der Kreis, der solche Bücher liest, ist ein kleiner, bescheidener; derartige Bücher werden viel gebraucht, aber wenig genannt.

Nach den trefflichen Werken von Adami, Choulant, Schnurrer, Hecker, Haeser und Hirsch war es wohl schwer, ein neues derartiges Unternehmen zu wagen, indess hat Lersch das Richtige getroffen, indem er das chronologische Moment bis in die äusserste Specification verfolgte, so dass für die letzten 4 Jahrhunderte die Aufführung von Seuchen fast von Jahr zu Jahr stattfindet. Eine Reihe von Stichproben, die ich anstellte, erwiesen die Angaben als nahezu vollkommen und richtig, wenigstens so weit es sich auf die Seuchen unter den Menschen bezieht; über die Thierseuchen, welche Lersch verdienstlicherweise gleichfalls in den Kreis seiner Mittheilungen gezogen hat, erachte ich mich nicht für befugt zu einem Urtheile. Bei der Schwierigkeit der differentiellen Diagnose der infectiösen Krankheiten in den frühesten Zeiten, insbesondere der acuten Exantheme, ist es dem Verfasser als Verdienst anzurechnen, dass er hiebei Verschiedenes vereiniget, insbesondere eine Reihe bis jetzt schwankend bestimmter Exantheme unter den Sammelbegriff «Blattern» zusammengefasst hat. Es wäre zu wünschen, dass die medicinischen Geschichtsschreiber, die Loimiater, auch einmal das Zwittergebilde der «Rötheln» (Rubeolae), welches bis in die neuesten Tage hinein seinen Spuk treibt, dahin stellen möchten, wohin es gehört: zu den Masern, Scharlach oder Rothlauf. Ich habe in einer nunmehr 40jährigen Praxis, die sich auf Land und Stadt, auch auf mehrjährigen kinderspitälischen Dienst erstreckt, noch niemals einen Fall von unzweifelhaften Rötheln gesehen, die beobachtete, als «Rötheln» diagnosticirte Krankheit war stets in eine der obengenannten Formen einzureihen; einmal wurde mir eine Kranke als zweifellose «Rötheln» vorgestellt, bei der 2 Tage darnach Varioloiden zum Ausbruch kamen. Hier ist eine Purification entschieden angezeigt.

Den Ursprung der «Influenza», ebenfalls eine schwer zu umgrenzende Krankheitsgruppe, legt, als geschichtlich nachweisbar, Verf. als «Febris italica» in das Jahr 877, da das Heer Karlmann's aus Italien zurückkehrte.

Die Seuche, welche sich wie ein rother Faden durch das gesammte Völkerleben zieht, ist die Pest; sie beherrscht jede Seuchengeschichte. Dem Lersch'schen Buche kann bezeugt werden, dass es bestrebt war, hierin das Möglichste an Vollständigkeit zu leisten und manche bisher nicht bekannte Dinge an das Tageslicht zu ziehen. Nur bei einigen Städten erscheinen die Angaben über Peststerblichkeit denn doch zu hoch: so bei Lübeck und Wismar. Man begreift nicht recht, woher der immense Bevölkerungsverlust in Folge einer schweren Pestseuche innerhalb einiger Jahre wieder gedeckt worden sein möchte und dies mehrmals hintereinander: hier wird eine Revision nothwendig werden, um nicht Unmögliches als möglich erscheinen zu lassen.

Durch die genaue chronologische Ordnung wird der Uebergang oder richtiger gesagt, die allmähliche Veränderung der Seuchencharaktere, recht anschaulich gemacht: so das allmähliche Seltenerwerden der Pest, welche Verf. richtig in Pali- und in Bubonenpest auseinanderhält, mit entsprechendem Häufigerwerden des Flecktyphus, der dann allmählich in die leichtere Form des Ileotyphus übergeht, um auch als solcher, wie es seit etwa 15 Jahren der Fall zu sein scheint, seine Schrecken zu verlieren. Der Gang der Cholera und der Diphtherie wirkt durch die Betrachtung der zeitlichen Folge gleichfalls recht belehrend; ihr Studium befreit uns von manchen doctrinären Vorurtheilen.

Für ein solches Werk, wie das vorliegende, verdient aber nicht nur der Autor den Dank der Lesewelt, sondern auch die Verlagsbuchhandlung, welche dasselbe zu tadelloser Ausstattung zu übernehmen geneigt war. Dr. v. Kerschensteiner.

Neisser's stereoskopisch-medicinischer Atlas.

Neu erschienen sind die 10. und 12. Lieferung. In der 10., welche die 6. Folge der Abtheilung für Dermatologie und Syphilidologie darstellt, finden sich in fortlaufender Numerirung die Abbildungen: CIX. Syphilitischer Primäraffect der Unterlippe. CX. Spitze Condylome. CXI, CXII. Ichthyosis. CXIII. Elephantiasis. CXIV. Chronisches Ekzem der Vola manus. CXV. Carcinom des Praeputium clitoridis. CXVI, CXVII, CXVIII. Syphilitische Wirbelerkrankung. CXIX. Herpes tonsurans vesiculosus am Halse eines jungen Mädchens. CXX. Impetigo contagiosa.

Die 12. Lieferung aus der Chirurgie bringt: CXXXIII. Hypertrophia glandulae thyreoideae. CXXXIV. Struma parenchymatosa. CXXXV und CXXXVI. Struma colloides. CXXXVII. Struma parenchymatosa colloides. CXXXVIII, CXXXIX. Struma nodosa. CXL. Struma cystica. CXLI. Struma parenchymatosa pendula. CXLII. Struma maligna. CXLIII. Morbus Basedowii. CXLIV. Echinococcus der Schilddrüse. Dr. Barlow.

Dr. T. Bornträger-Danzig: Diät-Vorschriften für Gesunde und Kranke jeder Art. 2. verbesserte Auflage. Leipzig 1896. Verlag von H. Hartung u. Sohn.

Die vorliegende Diätetik — der äussern Gestalt nach sich in der handlichen Form eines Abreissblockes präsentirend — dürfte durch die Reichhaltigkeit ihres Inhaltes und ihre wirklich praktische Anordnung sich vielen Beifall erringen. Das Werkchen enthält 36 verschiedene diätetische Zusammenstellungen, welche sich nicht ausschliesslich auf die diätetisch zu behandelnden Krankheiten beschränken, sondern auch die wichtigsten Gesichtspunkte der allgemeinen Diätetik, der Krankenpflege, der Brunnen- und Badecuren etc. behandeln. Wie der Verfasser in der Vorrede selbst ausführt, betrifft die Diätetik ein Gebiet, wo Meinungsverschiedenheiten in den verschiedensten Richtungen vorläufig unvermeidbar sind. So hätte auch ich bezüglich mancher Details andere Ansichten, doch ist hier nicht der Ort, darauf zurückzukommen. Im Allgemeinen wird jeder Praktiker eine Menge guter und verwendbarer Angaben in den «Diät-Vorschriften» finden, für die er dem Verfasser dankbar sein wird. Für die Benützung durch süddeutsche Aerzte und Hausfrauen wird es sich empfehlen, dass eine eventuelle neue Auflage auch die süddeutsche Küche in ähnlicher Weise berücksichtigt, wie es die 2. Auflage mit der norddeutschen thut. Wir wünschen dem Werkchen den besten Erfolg. Dr. Grassmann-München.

Dr. E. Klein, Professor: Grundzüge der Histologie. Deutsche autorisirte Ausgabe, bearbeitet von Dr. med. A. Kollmann. 3. Auflage. Leipzig. E. Haberland. 1896.

Die Histologie von Klein ist wohl überall ein gerngesehener Gast; sie gehört jedenfalls zu den besseren unserer histologischen Lehrbücher und ist, wie bekannt, durch eine grössere Reihe vorzüglicher Abbildungen, meistens prächtige Holzschnitte, ausgezeichnet. Das Werkchen hat seit der ersten Auflage an Umfang nicht, wohl aber an Inhalt zugenommen und soll allen Denen bestens empfohlen sein, welche histologische Kenntnisse aus eigener Erfahrung bereits besitzen und nun zum Zwecke gelegentlichen Nachschlagens oder summarischer Repetition ein Buch brauchen, welches in gedrängter Kürze alle wesentlichen Daten enthält. Die vorliegende Auflage berücksichtigt, was im Besonderen hervorgehoben zu werden verdient, auch die neueren Erfahrungen auf dem Gebiete des Nervensystems. Im Uebrigen ist das Büchlein so bekannt, dass eine eingehendere Besprechung nicht mehr vonnöthen ist.

Martin Heidenhain.

L. Mehler: Anleitung zur ersten Hilfeleistung bei plötzlichen Unglücksfällen. Herausgegeben von J. Hess. Frankfurt a. M. Verlag von H. Bechhold.

Nach einer seiner Bestimmung für Laien gemäss ganz populär gehaltenen anatomisch-physiologischen Einführung bringt das 92 Seiten starke Büchelchen in klarer Weise die verschiedenen Maassnahmen der ersten Hilfeleistung. Die Anlegung der Nothverbände, die künstliche Athmung u. A. sind durch einfache Abbildungen veranschaulicht. Es ist keine Frage, dass das Werkchen in den Kreisen, für welche es bestimmt ist, gerne willkommen geheissen wird und manches Gute stiften kann.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für innere Medicin. 1896, No. 31.

G. Pollak: **Ueber den klinischen Nachweis des Typhusbacillus.** (Aus der medicinischen Klinik des Prof. R. v. Jaksch in Prag.)

Verfasser fasst die Resultate seiner Untersuchungen, welche mit den Stühlen von 20 Typhuskranken und einer grösseren Zahl anderer Kranker angestellt wurden, in folgender Weise zusammen:

Die Elsner'sche Methode des Typhusnachweises (auf Jodkalium enthaltender Kartoffelgelatine) bedeutet nicht nur für den Bacteriologen, sondern auch für den Kliniker einen sehr wichtigen Fortschritt. Es gelingt vermittelst derselben, sämmtliche Mikroorganismen des Stuhles, bis auf das Bacterium coli und den Bacillus typhi, sowie den Bacillus faecalis alcaligenes, auszuschalten und in verhältnissmässig kurzer Zeit zu einer differentiellen Diagnose zu gelangen. So verwendbar diese Methode für den Kliniker erscheint, so erfüllt sie doch nicht jene Bedingung, die Brieger an diese klinische Untersuchungsmethode stellt, nämlich die, dass nur eine scharfe, recht sinnfällige Scheidung des Typhusbacillus von den concurrirenden Bacterien, insbesondere von dem allgegenwärtigen Bacterium coli, vor irrthümlicher Auffassung schützt und dass es dadurch auch dem bacteriologisch weniger geschulten Arzte gestattet sei, den Nachweis des Typhusbacillus untrüglich und möglichst rasch zu führen. In zweifelhaften Fällen wird die Methode stets verwendbar bleiben, nur muss man sich stets gegenwärtig halten, dass man es auch eventuell mit 3 verschiedenen Mikroorganismen zu thun haben kann und nie wird man es unterlassen dürfen, sämmtliche Eigenschaften des Bacillus typhi auf's Genaueste zu prüfen, ohne auch nur in einem Falle auf das Aussehen der Platten allein eine sichere Diagnose aufbauen zu können. Damit wird aber gleichzeitig das ganze Verfahren zeitlich in die Länge gezogen und kommt bei dem so wohl charakterisirten Bilde des Typhus abdominalis der längeren klinischen Beobachtung nahe, die es wohl dann erheblich stützen dürfte. W. Zinn-Berlin.

Centralblatt für Gynäkologie, 1896, No. 31.

1) N. Pobedinsky-Moskau: **Ein Kaiserschnitt nach Porro mit glücklichem Erfolg für Mutter und Kind.**

26jährige I. Para mit stark verengtem, rachitischem, kyphoskoliotischem Becken. Die Conj. vera betrug nur ca. 6 cm. Desshalb am Ende der Schwangerschaft Sectio caesarea mit Exstirpation des Uterus und der Adnexe. Patientin konnte nach 3 Wochen geheilt entlassen werden mit ihrem Kinde, das ein Knabe und 2850 g schwer war. Als Indication des Porro bezeichnete P. den Wunsch der Mutter, dass sie bei einer event. zweiten Gravidität »von einem weiteren Kaiserschnitt nichts wissen wollte«.

2) Oehlschläger-Danzig: **Die Zange an den nachfolgenden Kopf.**

Seit der Einführung des Smellie-Veit'schen Handgriffes zur Extraction des nachfolgenden Kopfes ist nach Schröder's Vorgang die Zange hierfür ganz verlassen worden. O. kam in einem Falle von engem Becken mit dem Handgriff nicht zum Ziel, griff darauf zur Zange und entwickelte ziemlich leicht ein noch lebendes Kind, das aber nach 1/4 Stunde starb. Er glaubt, für geeignete Fälle auf diese Zange wieder hinweisen zu sollen, warnt aber mit Recht jüngere und in der Geburtshilfe wenig erfahrene Collegen vor derselben, da sie schwierig und gefährlich sei. Jaffé-Hamburg.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 8. Bd. 5. u. 6. Heft.

17) v. Strümpell: **Ueber einen Fall von retrograder Amnesie nach traumatischer Epilepsie.**

Nach einem Schädeltrauma mit darauffolgendem Wunderysipel trat bei einem intelligenten Manne ein Gedächtnisschwund über einen der Verletzung vorhergehenden Zeitraum von fast 4 Monaten ein. Im Anschluss an diesen genau beobachteten Fall bespricht Verfasser ausführlich die Symptome und das Wesen der retrograden Amnesie und die darüber bestehenden Hypothesen. Zum Unterschied von der hysterischen Amnesie, bei der es sich augenscheinlich nur um eine Hemmung der Reproduction gewisser Vorstellungen und Erinnerungsbilder handelt, glaubt Str. die echte organische Amnesie auf einen Verlust der Gedächtnisseindrücke zurückführen zu können.

18) W. Erb: **Zweiter Nachtrag zu meiner casuistischen Mittheilung über Akinesia algera.**

Es wird hier eine früher mitgetheilte Krankengeschichte ergänzt: Ein Patient, der volle 19 Jahre lang in der Rückenlage zugebracht und bei der geringsten Bewegung lebhafte Schmerzen verspürt hat, ist jetzt in physischer Beziehung fast völlig genesen, zeigt aber noch psychische krankhafte Symptome.

19) Lewellys F. Barker-Baltimore: **Ueber einen Fall von einseitiger, umschriebener und electiver sensibler Lähmung.**

Verfasser beschreibt vereinzelte Ausfallserscheinungen in der Sensibilität seines linken Armes, die er in dem Leipziger physiologischen Institute durch peinlich genaue Untersuchungen festgestellt hat. Als Ursache für diese Störungen macht B. eine linksseitig bestehende Halsrippe verantwortlich.

20) P. Korb: **Ueber einen Fall von Syringomyelie mit Sectionsbefund.** (Aus der med. Klinik in Erlangen.)

Die in diesem Falle beobachteten ausgeprägten Veränderungen der Handknochen (Atrophien der Endphalangen, Verdickung der Carpalknochen) sollen durch die häufigen und chronischen Entzündungen an der Hand, welche hier Resorption, dort Wucherung (Osteophytenbildung) verursachen, zu erklären sein. Trophoneurotische Einflüsse kommen dabei nach der Auffassung des Verfassers nicht in Betracht.

Auch die amyloide Degeneration der Nieren, welcher der Patient erlegen ist, führt K. auf die chronischen Entzündungen und Eiterungen an den Händen zurück.

21) W. Teichmüller: **Ein Beitrag zur Kenntniss der im Verlaufe der perniciösen Anaemie beobachteten Spinalerkrankungen.** (Aus der med. Poliklinik in Leipzig.)

Am Schlusse seiner Untersuchungen kommt T. zu dem Resultate, dass bei der perniciösen Anaemie von Veränderungen im centralen Nervensystem die stärksten in der grauen Substanz des Rückenmarkes zu finden sind, ferner dass die herd- und strangförmigen Degenerationen in der weissen Substanz aetiologisch von Blutungen dortselbst abhängig gemacht werden müssen.

22) H. Schlesinger-Wien: **Ueber centrale Tuberculose des Rückenmarkes.**

Ausführliche Beschreibung eines Falles von Solitaertuberculose im Halsmark und der durch diese hervorgerufenen klinischen Symptome und secundären Degenerationen im Rückenmark.

Die Literatur über Tuberculose des Rückenmarkes ist in dieser Arbeit wohl vollständig zusammengestellt.

23) M. Brasch-Berlin: **Zur Pathologie der syphilitischen Früherkrankungen des Centralnervensystems.**

Verfasser kommt zu der Schlussfolgerung, dass bei Syphilitikern in jedem Stadium der Erkrankung, ja schon wenige Wochen nach der Infection, Nervenerkrankungen specifischer Natur auftreten können, «ein Unterschied zwischen diesen Früherkrankungen des Nervensystems und solchen der Spätperiode besteht höchstens in dem acuteren Einsetzen und dem schnelleren Verlauf der ersteren gegenüber dem chronischen Beginn der letzteren».

24) Seeligmann-Karlsruhe: **Zur Kenntniss der halbseitigen, durch Tumoren an der Schädelbasis verursachten Hirnnervenlähmungen.**

Casuistische Zusammenstellung über einige Fälle von durch Basalgeschwülste bedingte Ausfallserscheinungen.

25) **Besprechungen.** L. R. Müller-Erlangen.

Berliner klinische Wochenschrift. 1896, No. 31.

1) Th. Ewetzky-Moskau: **Ueber die Bindehaut-Diphtherie und ihre Behandlung mit Heilserum.**

Verfasser beschreibt 2 Fälle, deren einer die charakteristischen Zeichen des Croups der Bindehaut, deren zweiter jene der Bindehaut-Diphtherie darbot. Beidesmal wurde der Löffler'sche Bacillus mikroskopisch und durch Cultur wie Thierexperiment nachgewiesen. Die befallenen Kinder wurden nach dem Vorgange von Coppez je 2 mal mit Heilserum injicirt, worauf der erste Fall glatt heilte, der zweite mit Hinterlassung kleinster Närbchen. E. steht auf dem Standpunkte, dass Croup und Diphtherie der Bindehaut identische Processe sind. Er plaidirt sehr lebhaft für Anwendung der Serumtherapie bei dieser Affection.

2) G. Gottstein-Breslau: **Pharynx- und Gaumentonsille primäre Eingangsstellen der Tuberculose.** (Schluss folgt.)

3) M. Salomon-Hirschberg: **Ueber die Verwendbarkeit der Rosenheim'schen Magensonde zur Magendouche und einige zweckmässige Modificationen derselben.**

In einem durch (recht überflüssige! Der Ref.) Illustrationen erweiterten Artikel setzt Verfasser auseinander, dass die Rosenheim'sche Magensonde bei der Magendouche nicht fontainenartig wirken könne, da sie vor Allem viel zu viel seitliche Ausflussöffnungen habe. Er schlägt vor, die 24 seitlichen Löcher an der R.'schen Sonde auf 9 zu reduciren und ihrem Lumen eine Richtung nach aufwärts zu geben, wodurch alle Vorzüge, welche R. von seiner Sonde unrichtiger Weise behaupte, an dieser S.'schen zu Tage träten.

4) R. Schaeffer-Berlin: **Ueber Catgut-Sterilisation.** (Fortsetzung folgt.) Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift 1896, No. 32.

1) K. Hürthle-Breslau: **Ueber das Vorkommen von Fettsäure-Cholesterin-Estern im Blut.**

H. hat im Blutserum das Vorhandensein von Estern nachgewiesen und zwar Verbindungen der Oelsäure bezw. Palmitinsäure mit Cholesterin. Dieselben sind in Aether sehr leicht, in Alkohol wenig löslich und lassen sich aus letzterem sehr schön auskrystallisiren. Das Studium derselben dürfte vielleicht für die Physiologie der Fettresorption neue Aufschlüsse geben.

2) A. Schmidt: **Beitrag zur eitererregenden Wirkung des Typhus- und Colonbacillus.** (Aus der medicinischen Universitätsklinik und Poliklinik in Bonn, Director: Prof. J. Schultze.)

In einem Falle von subphrenischem Abscess im Anschluss an Typhus enthielt der Eiter, der braunroth, dünnflüssig und von fadem, nicht fäculentem Geruche war, ausschliesslich Typhusbacillen; in einem zweiten Falle von Empyem, das im Anschluss an eine fieberhafte Dickdarmentzündung auftrat, ausschliesslich das Bacterium Coli.

3) C. Berger: **Ueber einen seltenen Fall von Oesophagusstenose.** (Aus Dr. Kadner's Sanatorium in Niederlössnitz bei Dresden.)

Krankengeschichte eines Falles von luetischer Oesophagusstenose, die auf Jodkali prompt zurückging. Die Localisation eines luetischen Processes in der Speiseröhre ist eine ausserordentlich seltene und desshalb die Differentialdiagnose mit Carcinoma oesophagi sehr schwierig.

4) R. Oppler-Breslau: **Ueber die Abhängigkeit gewisser chronischer Diarrhoen von mangelnder Secretion des Magensaftes.**

Eine gewisse Gruppe von chronischen Diarrhoen sind nicht als primäre Darmaffectionen aufzufassen, sondern als Complication bezw. Folgezustände einer chronischen, aber fast symptomlos verlaufenden Gastritis in Folge mangelhafter Secretion des Magensaftes. Der Mageninhalt zeigt keine Spur von H Cl, enthält viel Schleim. Meist findet sich dabei ein auffallend schlechtes Gebiss, mässige Druckempfindlichkeit in der Magengegend, Urin sauer, indicanhaltig, Stühle dünn, übelriechend, enthalten sehr viel unverdaute Nahrungsbestandtheile. Die Therapie besteht in Vermeidung aller Nahrungsmittel, welche viel H Cl zu ihrer Verdauung brauchen, also besonders der Albuminate, und Bevorzugung der durch Speichel-, Pankreas- und Darmsaft leicht verdaulichen Kohlehydrate, daneben Salzsäure, Kochsalzwässer, Tannigen, Wismuth mit Kalk u. s. w. Bericht über 6 einschlägige Fälle.

5) A. Alsberg: **Zur operativen Behandlung der Darminvagination.** (Aus der chirurgischen Abtheilung des israelitischen Krankenhauses in Hamburg.)

A. verlangt, dass die klinisch verhältnissmässig leicht zu diagnosticirende acute Darminvagination ganz analog den incarcerirten Hernien, d. h. chirurgisch behandelt werde; wenn die conservativen Maassnahmen, Einläufe, Lufteinblasungen, Massage etc. ohne Erfolg angewendet worden sind, soll, sobald als möglich, die Laparotomie ausgeführt werden. Gelingt, was selten der Fall ist, auch dann die Desinvagination nicht, so bleibt noch die Resection, Enteroanastomose oder als Letztes die Enterotomie. Mittheilung von 4 Fällen.

6) Sarrazin-Köslin: **Die Hauptpunkte der Diagnose und Therapie der inneren Darmverschliessung (Ileus).**

S. unterscheidet zwischen Darmverschluss durch Strangulation und durch Obturation; im ersteren Falle ist allein die Laparotomie angezeigt, im letzteren nur dann, wenn der Kräftezustand ein guter ist, sonst Enterostomie. Die Differentialdiagnose der beiden Formen wird besprochen und darauf hingewiesen, dass heutzutage die Feststellung eines Darmverschlusses überhaupt nicht mehr genüge, vielmehr die besondere Form des Ileus und der Sitz des Darmverschlusses constatirt werden müsse und mit unseren Untersuchungsmitteln auch gefunden werden könne.

7) **Therapeutische Mittheilungen.**

Suchannek-Zürich: **Jodoformin und Jodoformal.**

S. bestätigt die von Finckler-Bonn kürzlich in dieser Wochenschrift gerühmten günstigen Resultate, die mit der Anwendung von Jodoformin und Jodoformal bei Geschwüren und eiterigen Wunden erzielt werden. F. L.

Vereins- und Congressberichte.

III. internationaler Congress für Psychologie in München vom 4. bis 7. August 1896.

(Bericht von Dr. Karl Grassmann in München.)

Die Einzelheiten des äusseren Verlaufes des Psychologen-Congresses den Lesern dieses medicinischen Fachblattes zu schildern, kann ich mir um so mehr versagen, als die Tagespresse dieser Obliegenheit bereits hinreichend nachkam. So begnüge ich mich mit der Notiz, dass der sehr zahlreich besuchte Congress — es hatten sich ca. 450 Theilnehmer gemeldet — am 4. August in der hübsch geschmückten Aula unserer Universität feierlich eröffnet wurde. Vor einer sehr zahlreichen Zuhörerschaft, darunter mehrere Mitglieder des k. Hauses, sprach Professor Stumpf (Berlin) die gehaltvolle Eröffnungsrede, in der er zunächst einen kurzen Rückblick auf die früheren psychologischen Congresse — 1889 in Paris, 1892 in London — gab, dann aber die Ziele und schon errungenen Fortschritte der Psychologie des Näheren besprach. Während er es als das Bestreben jeder Epoche bezeichnete, dass sie zu der Frage über das Verhältniss von Seele und Leib eine befriedigendere Stellung erobere, verfehlte der Redner nicht, den Satz auszusprechen: «Wenn wir nun Alle darin einig sind, dass die Beziehung zum physischen Gebiet unser ganzes Seelenleben durchdringe, so wird es doch kaum möglich sein, eine genauere Formel zu finden, in der sich unsere gemeinsamen Anschauungen über die Natur jenes Verhältnisses ausdrücken liessen» — also die alte, immer neu gewandete Wahrheit. Die Psychologie pflegt nur darin die Lehre ihres Altmeisters Fechner festzuhalten, dass die Vorgänge auf physischem und psychischem Gebiete als durchgängig parallel gehend genommen werden, ohne dass sie jemals auf einander zu wirken oder zu gemeinsamer Wirkung sich zu verbinden vermöchten.

Zum Glück gibt es unterhalb dieser höchsten Frage, über die doch Jeder mit sich selbst zu Rathe gehen muss, noch unendlich viele, eher lösbare und fruchtbarere.

Die kaum zu übersehende Fülle des Materials, welches in den fast eineinhalbhundert Vorträgen zur Sprache kam, liefert dafür einen augenscheinlichen Beweis. Geschweige, dass es möglich wäre, auf alle Vorträge auch nur auszugsweise zurückzukommen, ist die grösste Beschränkung sogar in der Referirung jener auf dem Congress gesprochenen Vorträge nöthig, welche sich durch ihren Gegenstand mehr als solche speciell psychologischen oder physiologischen Charakters dazu eignen, vor einem Kreise von Aerzten wiedergegeben zu werden.

Bei der nun folgenden, sehr gedrängten Berichterstattung über die uns hauptsächlich interessirenden Vorträge nehme ich auf die Reihenfolge, in welcher dieselben beim Congresse gesprochen wurden, keine Rücksicht, vielmehr stelle ich sie ihrem Gegenstande gemäss neben einander, wobei ich im Allgemeinen jener Eintheilung des Arbeitsgebietes folge, wie es in den 5 Sectionen zum Ausdruck kam, welche sich beim Congresse formirt hatten.

Die I. Section umfasste die Anatomie und Physiologie des Gehirns, die Physiologie und Psychologie der Sinne, Psychophysik; die II. die Psychologie des normalen Individuums; die III. die Psychopathologie und criminelle Psychologie; die IV. die Psychologie des Schlafes, Traumes, der hypnotischen und verwandter Erscheinungen; die V. Section endlich vergleichende und pädagogische Psychologie.

In das Stoffgebiet der I. Section gehört der in der 2. allgemeinen Sitzung von Prof. P. Flechsig (Leipzig) gehaltene Vortrag: Ueber die Associationscentren des menschlichen Gehirns. Der Redner führte in Kurzem aus:

Die Eintheilung der Grosshirnhalbkugeln in Stirn-, Scheitel-, Hinterhaupt- und Schläfenlappen entbehrt aller exacten Grundlage, rationeller ist die Eintheilung nach Windungsbezirken. Das Studium der Leitungsbahnen im Gehirn ist eine der Hauptaufgaben der Anatomie, wofür Vortragender selbst die entwicklungsgeschichtliche Methode der Forschung ausgebildet hat. Die Leitungsbahnen entstehen successive und zwar gehen die Sinnesleitungen in der Entwicklung allen übrigen voraus. Die corticalen Sinnescentren der Grosshirnrinde nehmen beim Menschen nur etwa $^{1}/_{3}$ der Rinde ein; sie sind von einander durch Rindenbezirke getrennt, in welche weder sensible, noch motorische Leitungen eintreten; sie bilden 4 distincte Bezirke verschiedener Grösse. Die einzelnen Sinnessphären entbehren untereinander fast vollständig leitender Verbindungen. Den Zwischenfeldern zwischen den Sinnescentren legt Fl. den Namen «Associationscentren» bei. Da es keinerlei Beweise dafür gibt, dass die Verletzung der Associationscentren die Sinneswahrnehmungen im engeren Sinne irgendwie beeinträchtigt, so glaubt Fl., dass diese Centren nur an Wahrnehmungen im weiteren Sinne betheiligt sein können, indem sie zu den reinen Sinneseindrücken die Erinnerungsbilder hinzufügen, welche in den Vorstellungen äusserer Objecte thatsächlich stets vorhanden sind. «Auch die geistige Individualität drückt sich in der Form der Hirnoberfläche, im Windungsreichthum der Associationscentren, ihrer relativen Grösse im Verhältniss zu den Sinnescentren etc. weit deutlicher aus, als man bisher angenommen hat.»

Dieser hochinteressante Vortrag wurde durch sehr gelungene Demonstrationen von Gehirnpräparaten noch instructiver gemacht.

In der folgenden Discussion entspann sich eine höchst interessante und lehrreiche Debatte zwischen Fl. und Prof. Lipps (München), resp. Forel (Zürich) über die Arbeitstheilung zwischen Physiologie und Anatomie gegenüber der Psychologie. Leider ist hier nicht der Raum, darauf einzugehen.

Th. Kaes (Hamburg) berichtete über den Markfasergehalt der Hirnrinde bei einem 2 jähr. mikrocephalischen Mädchen und bei einem 25 jähr. makrocephalischen weiblichen Zwerge. Das

Gehirn des letzteren wog 1373 g; die Gehirnmaasse entsprachen denen eines 1½—2 jähr. normalen Kindes. Der Faserreichthum der einzelnen Schichten der Rinde glich dem Verhältnisse bei einem 1¼ jähr. normalen Kinde. Bei der ersten Idiotin wog das Gehirn nur 200 g. Im grossen Ganzen zeigten die Maasse je nach dem Grade der Wachsthumshemmung der einzelnen Partieen grosse Differenzen; doch steht fest, dass die am meisten entwickelten Rindengruppen wiederum den Maassen eines 1½ bis 2 jähr. Kindes ähneln. Auch diesen Vortrag begleiteten zahlreiche Abbildungen, Curven etc.

Prof. Charles Richet (Paris) hielt in der 1. allgemeinen Sitzung einen formvollendeten, fesselnden Vortrag: «Sur la douleur», worin er die Frage, welche Nervenreizungen Schmerz verursachen, dahin beantwortete, dass Schmerz durch jede Ursache hervorgerufen werde, welche den Zustand des Nerven in tiefgehender Weise verändert. Der Schmerz sei eine Schutzvorrichtung für den Organismus, indem dadurch Reflexe, Bewegungen der Abwehr, der Flucht u. s. w. hervorgerufen würden. In diesem Sinne ist der Schmerz zugleich lebenverlängernd, also eine zweckmässige Einrichtung der Natur.

N. Wedensky (Petersburg) hat einen Beitrag zum Studium der centralen Innervation geliefert, indem er an Thieren darüber experimentirte, ob die Reizung eines Rindencentrums der einen Seite, eine Veränderung der Erregbarkeit im correspondirenden Centrum der entgegengesetzten Seite hervorrufe, und beantwortet diese Frage dahin, dass thatsächlich ein functioneller Rapport zwischen den beiden Gehirnhälften besteht.

Die Resultate einer Arbeit von A. Tokarsky (Moskau), welche er in seinem Vortrage: La plus courte durée de la réaction simple, aussprach, bieten zu viel integrirendes Detail, als dass hier besprochen werden könnte.

Hering (Prag) brachte einen Vortrag über das Thema: Inwieweit ist die Integrität der centripetalen Nerven eine Bedingung für die willkürliche Bewegung? Das Experiment am Frosche ergab, dass nach Durchschneidung der hintern Wurzeln der «Rückenmarkfrosch» weder willkürliche noch unwillkürliche Bewegungen macht. Weitere Experimente und Ueberlegungen lassen den Wahrscheinlichkeitsschluss zu, dass die totale Ausschaltung der centripetalen Erregungen die willkürliche Bewegung unmöglich macht.

Schon mehr in das specielle Arbeitsfeld der experimentellen Psychologie fällt das von O. Külpe (Würzburg) besprochene Thema: Ueber den Einfluss der Aufmerksamkeit auf die Empfindungs-Intensität. Bekanntlich gehen die Ansichten der Psychologen über die Frage, ob die Aufmerksamkeit die Empfindungen verstärke oder abschwäche, auseinander. Fechner, Stumpf, Wundt geben einen geringen Einfluss in dieser Richtung zu, Lipps bestreitet ihn auf das Entschiedenste. Külpe machte Versuche, wobei er optische Reize wählte: 2 Farbenkreisel lieferten durch Mischung weisser und schwarzer Sectoren gewisse Stufen von Grau. Die Auffassung des Normal- oder eingeführten Vergleichsreizes wurde durch Kopfrechnen abgelenkt. Die Resultate waren folgende: Bei einem Beobachter trat Ueberschätzung des abgelenkten Reizes auf, bei 2 anderen Unterschätzung. K. vertritt die Ansicht, dass dabei die Veränderung der Accommodation die ausschlaggebende Bedingung war, welche die Helligkeitsempfindung beeinflusste.

Einen ähnlichen experimentellen Stoff behandelte Heinrich (Wien): Die Aufmerksamkeit und die Thätigkeit der Sinnesorgane mit besonderer Berücksichtigung des Auges. Seine Versuche beantworteten auf dem optischen Gebiet die Frage, ob die Aufmerksamkeit die Fähigkeit besitzt, die Eindrücke hervorzuheben, oder ob es die physiologischen Bedingungen (z. B. Accommodation) sind, die ein stärkeres Hervortreten der Reize zur Folge haben, zu Gunsten der zweiten Annahme.

Eine Anzahl der Arbeiten beschäftigen sich mit den Einflüssen auf die Blutcirculation im Gehirn. Patrizi (Sassari) hat den Einfluss der Musik in dieser Richtung experimentell geprüft und kommt zu dem Ergebniss, dass jeder melodische Reiz den Zufluss des Blutes zum Gehirn steigert, dem in der Peripherie ein paralleles Fallen und Steigen der plethysmographischen Curven entspricht. Die Effecte am Gefässsystem sind directe, nicht der Athmung unterworfen.

S. Epstein (Berlin) berichtet über den Einfluss von Lichteindrücken auf den Gefässtonus, dass alle Farben — die Dunkelheit als Nulllinie genommen — pressorisch wirken, am Stärksten roth, am Schwächsten grün. Bei anderen Versuchen zeigte sich, dass die Athemfrequenz zumeist bei einem plötzlichen Uebergange ins Rothe erheblich anstieg.

Der an sich interessante Vortrag von G. Stratton (Berkeley, California): Some preliminary experiments on vision without inversion of the retinal image, eignet sich nicht zu kurzer Wiedergabe.

Ueber merkwürdige Untersuchungen (D'un état analogue avec le Daltonisme des yeux, dans tous les autres sens humains extérieurs) berichtet R. Taverni (Catania, Italien). Er gibt an, bei 161 Individuen Veränderungen des Gehörs (diese bei 108), des Geschmacks, des Gefühles, des Geruches — bei sonst normaler Gesundheit — gefunden zu haben, die er in Analogie zum Daltonismus setzen zu sollen glaubt.

Prof. Bezold (München) demonstrirte die von ihm zusammengestellte «continuirliche Tonreihe», mittelst deren jeder vom Ohr percipirbare Ton (von 11 Doppelschwingungen bis 55 000 Doppelschwingungen = ca. 12 Octaven) isolirt und in genügender Stärke erzeugt werden kann. Untersuchungen an 79 Taubstummen ergaben, dass bei einem beträchtlichen Theile derselben Defecte für verschiedene Strecken der Tonscala vorhanden waren. Dieser Befund bei Taubstummen, deren Erkrankung sich pathologisch-anatomisch meist im Labyrinth localisirt findet, darf als eine weitere Bestätigung der Theorie von Helmholtz betrachtet werden.

Die der Erzeugung der continuirlichen Tonreihe dienenden Stimmgabeln und Pfeifen hatte die Firma Edelmann, welche sich um Herstellung und Vervollkommnung derselben grosse Verdienste erworben hat, in einem Raume des physikalischen Institutes nebst vielen elektrischen Präcisions-Instrumenten ausgestellt. Hier hatten auch eine reiche Auswahl der Apparate Platz gefunden, deren die experimentell arbeitende Psychologie bedarf, ferner eine Sammlung instructiver Wandtafeln über Gehirn und Rückenmark, nach Forschungen von Prof. Flechsig. Die Firma Pöller hatte ferner eine Zusammenstellung der für die Erzeugung von Röntgen-Strahlen nöthigen Apparate veranstaltet. Wie weit die Leistung derselben nunmehr gediehen ist, zeigte die von dem Ingenieur Dr. M. Levy (Berlin) vorgeführte Demonstration. Die Durchleuchtung des Körperinnern kann nunmehr soweit gesteigert werden, dass die Bewegungen des Herzens, sowie die Athmungs-Excursionen des Zwerchfells sehr deutlich auf dem Fluorescenzschirm sichtbar werden, ebenso die Schattenfigur der Wirbelsäule, der Rippen, der Leber etc. — ein höchst frappirender Anblick!

In der 2. allgemeinen Sitzung sprach Professor Sergi aus Rom über das Thema: Dov' è la sede delle emozioni? (Wo ist der Sitz der Gefühlserregungen?) Als Antwort auf diese Frage vertrat S. die Anschauung, dass das Centrum der Gefühlserregungen nicht das Gehirn im eigentlichen Sinne sei, sondern die Medulla oblongata. Das Gehirn als Organ des Gedanken verhält sich rücksichtlich der Gefühlserregungen wie die Sinnesorgane und die Gewebe, welche Schmerz oder anderen Gefühlen zum Ursprung dienen — also mit Rücksicht auf die Medulla wie ein peripheres Organ.

Aus den in der II. Section vorgetragenen Arbeiten möchte ich in erster Linie das Thema von Prof. L. Edinger (Frankfurt a. M.) herausgreifen, weil es mit dem bedeutungsvollen Vortrage Flechsig's, den ich oben kurz skizzirte und der lebhafte Meinungsäusserungen von angesehenen Psychologen (Lipps, Stumpf, Ebbinghaus etc.) hervorrief, in inhaltlichem Zusammenhange steht: E. beantwortete die von ihm erörterte Frage: «Kann die Psychologie aus dem heutigen Stande der Gehirnanatomie Nutzen ziehen?» mit einem wohlmotivirten Ja! Er führte aus, dass die Psychologen bisher zu unverrückt ihr Auge nur nach dem Grosshirn und seinen Functionen gerichtet, aber es vielfach versäumt haben, Kenntniss zu nehmen von den langsam sich sammelnden Studien über den Bau der tiefsten Nervencentren. Das Genetische in den höchsten seelischen Processen ist desshalb ganz ungenügend studirt. Die Studien müssen da beginnen, wo ganz einfache Functionen vorliegen, bei den niedern Thieren (Ringelwurm, Krebs, Amphioxus). Die Functionsfähigkeiten, welche sich aus der verschiedenen Ent-

wicklung von Rückenmark, Kleinhirn, Mittelhirn etc. bei den verschiedenen Thieren ergeben, sind nicht hinreichend erklärt. Es gilt also, die seelische Leistungsfähigkeit von Thieren mit hochentwickelten Hirntheilen (z. B. Mittelhirn bei Fischen und Vögeln) zu vergleichen, z. B. mit derjenigen von Thieren, wo das Mittelhirn nur wenig entwickelt ist. Die älteste Hirnrinde ist im Wesentlichen «Riech»-Rinde, dann gesellen sich allmählich andere Rindenfelder hinzu, z. B. bei den Vögeln eine Sehbahn aus der Rinde zu den peripheren Endstätten, den Optici. Namentlich für die vergleichende Seelenlehre bringen anatomische Gehirnstudien, richtig gewürdigt, entschieden Nutzen. (Fortsetzung folgt.)

III. Versammlung süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg am 25. Mai 1896.

(Bericht von Dr. Eulenstein in Frankfurt a./M., I. Schriftführer.)

(Fortsetzung.)

VI. Herr **Hedderich**-Heidelberg: **Klinische Erfahrungen über Paramonochlorphenol bei Larynxphthise.** (Der Vortrag erscheint in dieser Wochenschrift).

Discussion. Herr Lublinski-Berlin: Die Anwendung des Chlorphenols ist bei Tuberculose des Kehlkopfs von mir auch versucht, aber aus folgenden Gründen schon wieder aufgegeben worden. Die Application 10 proc. Glycerinlösung muss sehr intensiv geschehen und ist meist recht schmerzhaft, die Patienten angreifend, nicht selten Erbrechen erregend. Die Wirkung ist dagegen nicht anders als etwa nach Anwendung von Creosot oder 4 proc. Chlorzinklösung; leichte Ulcerationen heilen, schwere nicht. Da die Vortheile den Nachtheilen nicht gewachsen sind, habe ich auf das Mittel verzichtet.

Herr Seifert-Würzburg hat ähnliche Resultate bekommen wie Lublinski. Für den Kehlkopf ist das Parachlorphenol offenbar nicht geeignet, weil man das Mittel nicht stark genug einreiben kann. Bei Tuberculose oder Lupus der Nase resp. Nasenschleimhaut kann man durch sehr häufiges Einreiben einer 20 proc. Parachlorphenollösung die Infiltrate wie mit dem scharfen Löffel beseitigen, so dass es zur Behandlung derartiger Nasenaffectionen, zumal wenn es sich um instrumentenscheue Individuen handelt, recht empfehlenswerth erscheint.

VII. Herr **Proebsting**-Wiesbaden. **Zur Operation maligner Nasenrachentumoren.**

Der Vortragende weist darauf hin, dass es bei der operativen Behandlung maligner Nasenrachentumoren darauf ankomme, einen möglichst freien, übersichtlichen Zugang zur Neubildung zu schaffen, um deren radicale Entfernung und möglichste Verhinderung von Recidiven zu erzielen. Er weist ferner hin auf die von Kijewski und Wróblewski im Archiv für Laryngologie gegebene, recht vollständige Uebersicht der zu diesem Zweck angegebenen Operationsmethoden und Modificationen solcher, und bespricht kurz die Nélaton-Gussenbauer-Mikulicz'sche Gaumenspaltung, die den besten Zugang zum Nasenrachenraum und zur Basis cranii gestattet, bei möglichst geringen kosmetischen und functionellen Störungen. Er erwähnt ferner die temporäre Nasenresection nach Langenbeck, die den hinteren Nasenabschnitt und Nasenrachenraum nicht vollkommen freilegt, und endlich die Oberkieferresection, welche in vorgeschrittenen Fällen ja nothwendig werden könne, aber doch solche Veränderungen des Schädels und des Gesichtes hervorbringe, dass sie nur in den schlimmsten, vorgeschrittenen Fällen maligner Nasenrachentumoren mit Ergriffensein des Keilbeins und des Oberkiefers angebracht erscheine.

Vortr. hat einen Fall von juvenilem Fibrosarkom des Nasenrachenraumes und der linken Nasenseite beobachtet, den er mit Herrn Sanitätsrath Cramer, Oberarzt des St. Josephhospitals in Wiesbaden, behandelte, in dem von Cramer die Gaumenspaltung und die temporäre Nasenresection in einer Sitzung vorgenommen und der grosse und trotz starker Blutungen sehr feste Tumor in toto entfernt wurde. Vortr. glaubt, dass diese bisher noch nicht angegebene Doppeloperation eine sehr glückliche und selbst für sehr vorgeschrittene Fälle ausreichende Modification ist, die recht günstige kosmetische und functionelle Resultate ergibt.

Es handelte sich in diesem Fall um einen 19 Jahre alten Bauernsohn aus Hallgarten im Rheingau, der im Laufe des letzten Winters an wiederholter sehr heftiger Epistaxis litt und wegen dieser profusen Blutungen Mitte März 1896 Herrn Collegen Scheben in Oestrich consultirte. Der College versuchte, die bei der Untersuchung gefundenen Nasenpolypen abzutragen, entfernte auch mehrere derselben, wurde aber durch die dabei auftretenden profusen Blutungen veranlasst, den Patienten am 22. März dem St. Josephhospital zu überweisen. Vortragender sah Patienten am selben Tage, fand die linke Narina verstopft durch einen an der vorliegenden Fläche wunden Tumor. Der Nasenrachenraum war links stark eingeengt durch eine glatte Verdickung der Aussenwand; die linke Choane war durch diese Geschwulst verlegt und das ganze Septum nach rechts herübergedrängt. Vortragender nahm mit der Glühschlinge ein wallnussgrosses Stück des Tumors weg; dasselbe erschien makroskopisch hirnartig weissgrau mit brauner Marmorirung, dem Reste früherer Blutextravasate. Trotz sehr vorsichtiger Anwendung der Glühschlinge war die Blutung danach doch sehr beträchtlich. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Fibrosarkom. Die Aufgabe war nun, die wegen der Malignität und der heftigen Blutverluste gefährliche Neubildung zu entfernen.

Herr College Cramer entschloss sich, zu diesem Zwecke die von ihm mehrfach mit sehr gutem Erfolg ausgeführte Gaumenspaltung und -Resection vorzunehmen. Es wurde am 27. März operirt und zuerst die Tracheotomie gemacht und die Trendelenburg'sche Tamponcanüle eingelegt.

Vortragender demonstrirt hier die von Cramer angegebene einfache und sehr sinnreiche Vervollkommnung dieser Tamponcanüle, die darin besteht, dass zugleich mit dem um die Canüle gelegten und, wenn aufgebläht, die Luftröhre abschliessenden Ballon ein anderer mit diesem in Verbindung stehender äusserer Ballon aufgeblasen wird, an dem man nun beobachten kann, ob der innere Ballon noch aufgebläht und dicht ist und die Trachea nach oben abschliesst. — Sodann wurde der weiche Gaumen in der Mittellinie gespalten, ebenso Schleimhaut und Periost des harten Gaumens, und aus diesem der hintere Abschnitt mit dem Meissel ausgeschlagen. Dadurch wurde der Nasenrachenraum und die Nasenhöhle nach vorn bis etwa zur Mitte der unteren Muschel frei übersichtlich. Es zeigte sich, dass der Tumor ungemein fest aufsass und von unten her nicht entfernt werden konnte. Die bimanuelle Untersuchung, indem der rechte kleine Finger durch das linke Nasenloch und der linke Zeigefinger durch Mund und Gaumenspalte geführt wurde, ergab, dass der ganze Tumor auch an der oberen Seitenwand der Nase bis weit nach vorn fest adhaerirte, so dass es unmöglich war, ihn vorn loszulösen.

Cramer entschloss sich desshalb, sofort noch die temporäre Nasenresection auf der linken Seite vorzunehmen, tamponirte Nasenrachenraum und hinteren Nasenabschnitt und führte den äusseren Hautschnitt in bekannter Weise vom rechten Augenwinkel über die Nasenwurzel, dann an der linken Nasolabialfalte herunter und quer über die Oberlippe wieder nach rechts, durchmeisselte die Nasenbeine und den Proc. nasal. des Oberkiefers in der Schnittführung, klappte dann die ganze Nase nach rechts und konnte nun von vorn und von hinten unten den fast apfelgrossen mit vielen polypenähnlichen Fortsätzen versehenen Tumor angreifen und von seiner Basis loslösen, indem er ihn mit dem grossen, schräggestielten Lorentz'schen Löffel gewissermassen herausschälte. Mit der Herausnahme des Tumors hörte die bis dahin beträchtliche Blutung auf, die Nase wurde mit Jodoformgaze fest tamponirt, indem die Tamponenden aus dem Nasenloch herausgeführt wurden. Dann wurde die äussere Wunde genau vernäht und ebenso die Gaumenspalte. Die Tamponcanüle blieb noch bis zum Abend liegen und wurde Patient in den ersten Tagen natürlich mit dem Schlundrohr ernährt.

Die Trachealfistel schloss sich ziemlich schnell, die Gaumennaht und die äussere hufeisenförmige Wunde um die Nase heilten per primam. Das Resultat war ein in jeder Beziehung sehr günstiges zu nennen. Vortragender bedauert, zum Beweise dafür den Kranken nicht selbst zeigen zu können; derselbe hat leider in Folge von Nasenspülungen doppelseitige Otitis media bekommen und musste wegen der auf der einen Seite aufgetretenen Mastoiditis nebst leichter Facialparese erst vor wenig Tagen operirt werden. Es werden einige Photographien gezeigt, die wenigstens annähernd ein Bild des kosmetischen Resultates geben; auch der in Spiritus etwas geschrumpfte Tumor wird demonstrirt.

Indem der Vortragende nun auf die Frage des Recidivs übergeht, die bei diesem erst vor 2 Monaten operirten Kranken noch in suspenso sei, erwähnt er einen von Cramer und ihm im Jahre 1889 beobachteten eigenthümlichen Fall von Selbstheilung des für inoperabel gehaltenen Recidivs eines Nasenrachensarkoms, für den er in der Literatur und bei befragten Collegen kein Analogon gefunden habe.

Es handelte sich dabei um eine damals 48 Jahre alte Frau mit Nasenrachensarkom, die durch Cramer mittels Gaumenspaltung mit Erfolg operirt, nach einigen Monaten ein Recidiv bekam, welches, rasch wachsend, die Nasengänge ganz verlegte, die Tuben schloss und den linken Bulbus vortrieb, so dass der Exitus ganz unvermeidlich erschien und die auf's Aeusserste geschwächte Kranke, sowie die Aerzte mehrmals glaubten, sie werde den nächsten Tag nicht erleben. Aber ganz spontan, ohne jede Medication, die als aussichtslos längst an die Seite gestellt war, bildete sich die Neubildung zurück, der Augapfel trat in seine Höhle zurück, die Nase wurde wieder durchgängig, das Gehör — fast ganz aufgehoben — wurde frei und fast normal und die Frau lebt heute nach 6 Jahren noch in Caub und steht frisch und rüstig ihrem Geschäfte vor. Etwaige

Zweifel an der Diagnose Sarkom weist der Vortragende zurück mit dem Hinweis darauf, dass die besten Mikroskopiker die Diagnose bestätigten, sowie dass die Frau nach der ersten Operation, also seit 1/2 Jahr vor der Spontanheilung des Recidivs kein Antilueticum genommen habe.

Vortr. bemerkt dazu, dass diese Spontanheilung nicht verwechselt werden dürfe mit der in einzelnen Fällen beschriebenen Spontanheilung juveniler Nasenrachen-Fibrome, von der König vermuthet, dass sie viel öfter, als beschrieben ist, vorkomme. Er hofft, dass der kürzlich operirte und oben beschriebene Fall ohne Recidiv bleibe und nicht in die Lage komme, vielleicht ein Gegenstück zu diesem Unicum von Spontanheilung eines Sarkoms abzugeben.

Discussion: Die Herren Werner-Mannheim, Fischenich, L. Wolff, Kahsnitz, Eulenstein, Seifert, Hedderich, Proebsting, Bloch, Werner-Heidelberg, Lublinski, Killian.

VIII. Herr **Rosenfeld**-Stuttgart: **Demonstration eines Larynx-Carcinoms.**

Die Geschwulst, welche ich Ihnen zu demonstriren die Ehre habe, ist in mehrfacher Beziehung von grossem Interesse. Nicht allein dadurch, dass sie bei einer Frau im hohen Alter, circa 81 Jahren, sich erst entwickelte, sondern auch durch die Summe von einzelnen Erscheinungen, die gleich von Anfang an auf den Locus morbi hinwiesen, und durch eine eigene Art von Ausbreitung nach dem Oesophagus hin, so dass gegen das Ende des Lebens mehr die Erscheinungen von Seiten des letzteren Organs als von Seiten des zuerst befallenen hervortraten.

Frau L. war bis zu ihrem 81. Lebensjahre immer gesund, wohl und rüstig und glich in ihren Bewegungen, ihrer Kraft und Leistungsfähigkeit eher einer Frau von 60 als einer von 80 Jahren.

Im März 1895 erkrankte sie an Husten und Heiserkeit. Es wurde diesen Erscheinungen keine grosse Aufmerksamkeit von der Patientin, welche gegen sich immer sehr hart war, geschenkt. Da die Heiserkeit nicht wich und sich nach einigen Wochen noch Schlingbeschwerden einstellten. wurde vom behandelnden Arzte eine Lähmung des rechten Stimmbandes constatirt. Die üblichen Mixturen und Umschläge steuerten ebenso wenig all die Beschwerden, als ein Luftcurort Besserung zu verschaffen im Stande war. Im Gegentheil wurde die Athemnoth immer stärker, auch die Schlingbeschwerden accentuirten sich und es trat ein Schmerz stechender Art im rechten Ohre auf.

Am 12. September sah ich die noch wohlgenährte, gut aussehende Patientin zum ersten Male. Ich fand bei der laryngoskopischen Untersuchung ein unbeweglich stehendes rechtes Stimmband und über demselben das Taschenband ebenso wenig beweglich und wie aus der Tiefe heraus festgehalten. Unter dem wahren Stimmband einen deutlichen Tumor, der die Schleimhaut in die Höhe gehoben hatte. Das Ganze machte den Eindruck, wie wenn es aus dem Knorpel herausgewachsen wäre. Die Geschwulst war nach abwärts zu verfolgen und wird auf ca. 15 mm Länge von der unteren Stimmbandfläche nach abwärts reichend geschätzt, die Flächenausdehnung auf der Laryngealschleimhaut betrug ca. 10 mm lateralwärts. Von aussen war am Kehlkopf nichts zu fühlen, Drüsen waren keine geschwollen, die linke Kehlkopfhälfte ganz frei. Der Athem zeigte Stridor, der Husten war rauh und bellend wie bei Croup, die Schlingbeschwerden besonders bei Schlucken von Flüssigkeiten recht bedeutend.

Ich stellte an diesem Tage die Diagnose auf ein Carcinom des Larynx, ausgehend von dem Schildknorpel selbst und zur Zeit bereits nach aufwärts durch die Chorda vocalis und dieser entlang nach rückwärts bis zum Giesbeckenknorpel reichend, der bereits verdickt, auch schwer beweglich und dessen Schleimhautüberzug oedematös war.

Die vorgeschlagene halbseitige Exstirpation des Kehlkopfes wurde von der Kranken energisch zurückgewiesen. Es konnte desshalb, bei den sich steigernden Schlingbeschwerden und bei der zunehmenden Athemnoth bald nur noch die Tracheotomie in Frage kommen, Auch diese wurde von der kranken Dame anfänglich verweigert. und erst dem Zuspruch unseres Freundes Jurasz, der am 14. Oct die Kranke sah, also 4 Wochen nach seinem ersten Besuche und in der Deutung des Falles mit mir gänzlich übereinstimmte, gelang es durchzusetzen, dass am 15. October die Tracheotomie gemacht werden konnte. Nach und nach war nämlich das ganze Larynxinnere, theils durch die wachsenden Geschwulstmassen, theils durch Oedem der Schleimhaut so sehr verengt, dass nur mit grösster Mühe dem Athembedürfniss genügt werden konnte. Die Operation brachte die gewünschte Athemerleichterung, allein es trat beim Schlucken das umgekehrte Verhalten wie früher ein. Nun konnten nur mehr Flüssigkeiten geschluckt werden, während es unmöglich war, Festes oder Breiiges, zu schlucken.

Nun wuchs die Geschwulst nach der Tiefe hinab, allmählich bildete sich in der rechten Hälfte des Larynx auf der Höhe und etwas nach abwärts eine Oeffnung die ab und zu neben Blut einigen Detritus entleerte. Auch der charakteristische Geruch fehlte nicht. Vom 14. Januar ab war es unmöglich, Flüssigkeiten zu schlucken. Doch zog sich das Leben bis zum 15. Februar hin, an welchem Tag der Exitus letalis erfolgte. Wasser- und Nährklystiere hatten in der letzten Zeit dem Bedürfniss der Kranken genügen müssen.

Das bei der Section gewonnene Präparat des Larynxcarcinoms wird darauf demonstrirt.

IX. Herr **Dreyfuss**-Strassburg demonstrirt im Anschluss hieran ein Präparat eines Plattenepithelkrebses des Larynx. Derselbe hatte sich anscheinend in dem rechten Sinus pyriformis entwickelt und war durch die seitliche Larynxwand gewachsen, wo er als ein granulirender Tumor über dem rechten Taschenband erschien. Der Patient wurde einer partiellen Resection unterzogen, starb aber 4 Tage p. o. an Schluckpneumonie. Die Section ergab in der Tiefe des Halses kirschkerngrosse, bei der Operation nicht aufgefundene Drüsen, die bereits krebsig infiltrirt waren.

X. Herr **A. Kirstein**-Berlin demonstrirt ein Instrument zur Entfernung der Tonsilla pharyngea.

XI. Herr **G. Killian**-Freiburg demonstrirt einen **Rheostaten** für Galvanocaustik, der für den Fussbetrieb eingerichtet ist. Derselbe erlaubt während der Anwendung des Brenners oder der Schlinge den Strom zu öffnen und schliessen, sowie an- und abschwellen zu lassen, wodurch sich, abgesehen von anderen Vortheilen, das lästige Durchbrennen der Schlingen verhüten lässt. Das Instrument ist auf K.'s Anregung hin von Feinmechaniker Elbs in Freiburg in äusserst bequemer und solider Weise construirt und hat sich durch zweijährigen Gebrauch bewährt.

Wegen des Fortfalles einer besonderen Stromschlussvorrichtung konnten der galvanocaustische Handgriff und Schlingenschnürer wesentlich vereinfacht werden. Abgesehen davon wurde aber an ihnen auch die Stromzuleitung verbessert durch Benützung einer nach aussen federnden, von Elbs erfundenen Klammer, mit deren beiden Branchen die Leitungsschnüre verlöthet sind.

Besondere Vorzüge besitzt der neue Schieber am Schlingenschnürer, bei welchem die Befestigung der Drahtenden ohne die bekanntermassen sehr unzuverlässigen Schrauben bewirkt wird. Auf dem Schieber befinden sich zwei kurze, den Draht hinten eng umschliessende und scharfgeränderte Stahlröhrchen, welche erlauben, den durchgesteckten Draht spitzwinklich abzubiegen. Ein derartig hakenförmig abgebogenes Ende vermag, von einer scharfen Kante gehalten, einen ausserordentlich kräftigen Widerstand zu leisten. An Eleganz hat der Schlingenschnürer noch dadurch gewonnen, dass seine beiden stromleitenden Theile nicht neben einander verlaufen, sondern dass der eine durch den andern hindurchgesteckt ist. Auf diese Weise hat er das Aussehen eines einfachen, in vergrössertem Maasse ausgeführten Hartmann'schen Schlingenschnürers. K. ist überzeugt, dass sich die neuen Instrumente, welche von Instrumentenmacher Fischer, Kaiserstrasse, Freiburg i. Br. geliefert werden, bald Freunde erwerben werden.

(Schluss folgt.)

Verein für innere Medicin in Berlin.

(Originalbericht.)

Nachtrag zur Sitzung vom 13. Juli 1896.

Im Anschluss an den Vortrag des Herrn Finkelstein «über die Ursachen der folliculären Darmentzündung der Kinder» machte Herr A. Baginsky folgende Bemerkungen:

1. Die von Finkelstein berührte Frage sei so einschneidend und wichtig, dass er (Baginsky) an dem Discussionsabend nur in der Lage sei, auf ganz einzelne Punkte einzugehen:

2. Die Pathologie macht von jeher sorgsame Unterschiede zwischen katarrhalischen Erkrankungen der Darmschleimhaut und Follicularprocessen. Gewiss kommen beide Veränderungen insbesondere bei länger dauernden Erkrankungsformen neben einander vor; indess sei dies selbstverständlich kein Grund, die a priori durchaus verschiedenen und vor Allem klinisch gut charakterisirten Krankheitsprocesse nun mit einem Male über den Haufen zu werfen, indem man die Diarrhoeen der Kinder sammt und sonders mit folliculaerer Enteritis bezeichnet. — Dies bringe Verwirrung in die ganze Frage.

3. Das Bacterium, welches Herr Finkelstein als sui generis pathogen für die von ihm als Enteritis follicularis bezeichnete Krankheit anspreche, sei gar nichts Anderes als Bact. coli. B. coli habe die Eigenschaften des polymorphen Wachsthums, wie das schon aus seinen (Baginsky's) Untersuchungen und Beschreibungen[1]) hervorgegangen sei. B. coli zeigt auch, wie weitere klinische Erfahrungen ergeben haben, mannigfache Virulenzen. Es sei kein Grund vor-

[1]) s. Archiv für Kinderheilkunde Bd. 12.

handen, auf Grund der gebrachten Darstellung das Bact. des Herrn Finkelstein für irgend etwas Anderes zu nehmen, als für Bact. coli. — Diese These erläuterte er dann durch die Erzählung, dass er an sich selbst gelegentlich des Genusses eines Stückes Melone das Virulentwerden eines augenscheinlich im Darme haftenden Bact. und zwar wahrscheinlich B. coli beobachtet habe.

4. Wenn das Bact. des Herrn Finkelstein von diesem mit den Eigenschaften, septische und phlegmonöse Processe zu erregen, ausgestattet werde, so haben an den angeblich experimentell erzeugten Eiterungen und Phlegmonen sicherlich die gleichzeitig den Thieren mitverfütterten Glassplitter mehr Schuld als die Bacterien. — Die ganze Frage der vom Darm aus erzeugten Sepsis ist auf mangelhafter Basis aufgebaut, weil man cadaveröse, postmortale Bacterieninvasionen für vital entstanden genommen hat.

5. Alles in Allem könne er also nicht die Ueberzeugung aussprechen, dass durch die Mittheilungen des Herrn Finkelstein die Frage der Brechruhren, spec. der Sommerdiarrhoeen der Kinder gefördert sei.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 7. Juli 1896.

Zur Serumdiagose des Typhus.

Dieulafoy erinnert an die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Typhus einerseits, und andererseits Miliartuberculose, Meningitis, Influenza, Endocarditis ulcerosa und Febris gastrica und hebt sodann die Wichtigkeit der Entdeckung, welche Widal gemacht hat, hervor. Fügt man zu einigen Tropfen einer reinen Cultur von Typhusbacillen nur einen Tropfen Blutserums, welches durch einfachen Stich in die Fingerkuppe gewonnen wurde, so sieht man unter dem Mikroskop die Bacillen isolirt und beweglich, wenn das Serum von Gesunden oder von Kranken mit Nephritis, Icterus, Pneumonie, Rheumatismus, Tuberculose u. s. w. stammt; kommt es hingegen von einem Typhuskranken, so sind die Bacillen zusammengehäuft, unbeweglich und grosse leere Zwischenräume zwischen sich lassend. Schon vom siebenten Tage an ist die Reaction sehr deutlich und D. zeigt 2 Präparate, welche am siebenten resp. zwölften Tage gewonnen wurden und durchaus typisch sind. Versuche hingegen, welche er mit dem Serum von typhusfreien Personen anstellte, ergaben, dass dasselbe die Eberth'schen Bacillen frei und beweglich lasse, dass eine Anhäufung (Zusammenklebung) und Senkung derselben nicht stattgefunden habe.

Radicalcur der Inguinalhernien durch die sclerogene Methode.

Lannelongue stellte mehrere (5) Kinder vor, welche durch diese Methode geheilt wurden. Es werden rings um den canalis inguinalis und dessen äussere Oeffnung an 5 Stellen je 5—6 Tropfen einer 10 proc. Chlorzink-Lösung injicirt, jedoch mit Vermeidung des Samenstranges, und dann ein Compressivverband angelegt. Die nächste Folge ist eine enorme Schwellung, welche nach innen bis zum Bauchfell reicht; dann bildet sich ein harter, am Knochen adhaerenter Knoten, welcher den Canal fest verschliesst und jedes Vordringen von Eingeweiden in den Ring verhindert. Selten bildet sich ein sehr kleiner Schorf; die Kranken stehen schon nach 8 Tagen auf und können nach 12 Tagen mit eben genanntem Resultate das Spital verlassen.

Sitzung vom 21. Juli 1896.

Ueber Arseniklähmungen.

Lancereaux hatte im Jahre 1861 zum ersten Male die durch Bleivergiftung, und im Jahre 1879 die durch den Alkoholgenuss entstehenden nervösen Störungen, besonders die Lähmungen, beschrieben und macht jetzt auf eine weitere Art Giftlähmung in Folge von lange fortgesetzter Einnahme von Arsenik aufmerksam. In beiden Fällen, welche er beobachtete, ging den eigentlichen Lähmungserscheinungen lang dauerndes, remittirendes Fieber (in einem der Fälle von 14 Wochen) voraus, so dass die Diagnose sehr lange zweifelhaft blieb und Anfangs auf Typhus gestellt wurde; die Anamnese ergab, dass wegen Psoriasis 3 Jahre hindurch Arsenik in stets steigender Dosis genommen wurde. Aussetzen desselben, Milchdiät und Spirituseinreibungen führten rasch Heilung der auf die Unterextremitäten beschränkten Lähmung herbei. Zum Symptomencomplex der Arsenikvergiftung würde nun als weiteres Zeichen zuweilen lang dauerndes Fieber hinzukommen, so dass L. ermahnt, man solle bei continuirlichem Fieber ohne bekannte Ursache immer darnach forschen, ob der Kranke keiner Arsenikbehandlung unterzogen worden sei; bezüglich der letzteren ergibt sich, dass sie mit grosser Vorsicht und ohne Unterbrechung nie länger wie einen Monat hindurch anzuwenden ist.

Société de Biologie.

Sitzung vom 11. Juli 1896.

Der Bacillus pyocyaneus als Krankheitserreger beim Menschen.

Ausser der in der Chirurgie beobachteten sog. blauen Eiterung verursacht der Bac. pyocyaneus beim Menschen unzweifelhaft noch andere Erkrankungen. Beim Neugeborenen sah man durch ihn eine Septicämie mit Enteritis und Blutungen entstehen, beim Erwachsenen gewisse Formen von Dysenterie, Bronchopneumonie, Otitis, Nephritis, Cystitis und Adenitis. Charrin zeigte eine chronische Mastitis, welche eine grünliche Flüssigkeit absondert; dieselbe enthält einen Bacillus, welcher zuerst ein grünliches Pigment, dann nach einer Reihe von Uebertragungen Reinculturen des Pyocyaneus liefert. Im Thierkörper verliert dieser Bacillus oft seine farbenerzeugende Wirkung; es ist daher anzunehmen, dass sein Vorkommen ein häufigeres ist.

Ueber die blutstillenden Eigenschaften der Gelatine.

Durch frühere Arbeiten war bereits constatirt worden, dass die Gelatine die Gerinnbarkeit des Blutes in hohem Grade vermehrt und die natürliche Folge war, dass man dieses Mittel als Haemostaticum anwandte. Paul Carnot bediente sich einer 5—10 proc. Lösung bei ungefähr 35° und hat damit in mehreren Fällen von schwerer Epistaxis bei Haemophilen, bei einer Metrorrhagie durch intra-uterine Injection u. A. m. stets die Blutung gestillt; Chlorcalcium scheint, obwohl es intensiv coagulirend wirkt, sich weniger zur Blutstillung zu eignen.

Ueber die intravenösen Injectionen von Salzwasser.

Bosc und Vedel hatten früher über die Wirkungen starker Kochsalzlösungen (7 und 10 proc.) berichtet und versuchten nun beim Hunde experimentell verdünnte Lösungen, sei es von Kochsalz allein (5 proc.) oder von diesem, zu gleichen Theilen (0,7 proc.) mit schwefelsaurem Natron gemischt. Erstere haben gar keine toxische Eigenschaft, selbst in grossen Mengen injicirt (1 l in 10 Minuten), die Respiration verlangsamt sich, das Herz schlägt schneller, die Körpertemperatur erhöht sich bis auf 39,9 bis 40,9° in 1 bis 2 Stunden, bleibt auf dieser Höhe einige Stunden, um langsam wieder zu sinken, die Harnabsonderung wird reichlicher. Mit 0,5 proc. Kochsalzlösung ist letzteres Symptom sowie die Erhöhung der Körperwärme viel weniger ausgeprägt. Mit der in oben genannter Weise combinirten Lösung zeigte sich auch bei einer Geschwindigkeit von 100 ccm per Minute keine Giftwirkung und waren die unmittelbaren Folgen der Injectionen dieselben wie mit der einfachen Kochsalzlösung, so dass in einer Versuchsreihe einem Hunde von 18 kg in 67 Stunden 4700 ccm der zusammengesetzten Lösung ohne schlimme Folgen injicirt werden konnten. Es ergibt sich also, dass sich letztere in ihrer Wirkung ebenso wie die einfache Lösung verhält, der Zusatz von Glaubersalz daher ohne Nutzen ist, und ferners, dass die 0,7 proc. Kochsalzlösung genügend und der 0,5 proc. vorzuziehen ist. St.

Verschiedenes.

Errichtung ärztlicher Ehrengerichte. In der «Deutsch. Jurist.-Ztg.» beschäftigt sich der Berliner Rechtsanwalt Arthur Hamburger mit der Zuständigkeit der Landesgesetzgebung zur Errichtung ärztlicher Ehrengerichte. Er geht davon aus, dass die Ausübung der Heilkunst ein nach § 1 der Gewerbeordnung freies Gewerbe und der Arzt ein nach § 29 desselben Reichsgesetzes bevorrechteter Gewerbetreibender sei, seine Berufspflichten aber von der Landesgesetzgebung nicht enger oder anders als in dem Reichsgesetze bestimmt werden können. Der Verfasser führt u. A. aus:

Mit aller Bestimmtheit ist zu verneinen die Befugniss der Landesgesetzgebung, durch Auflegung einer Pflicht das Thun und Lassen des Arztes in einem Punkte zu beschränken, welche eine reichsrechtliche Bestimmung ausdrücklich seinem Belieben unterstellt hat. Durch die Gew.-Ordng. sind eine Reihe von einzelnen Einschränkungen ausdrücklich beseitigt, denen der Arzt früher unterworfen war, er darf, wie schon bemerkt, den Gewerbebetrieb im Umherziehen ausüben (§ 56a), er darf ferner u. A. die Höhe der Vergütung frei mit dem Patienten vereinbaren (§ 80), er kann nach Belieben seinen Beistand gewähren oder versagen (§ 144). Selbst wenn man die Landesgesetzgebung für befugt erachtet, dem Arzte die gewissenhafte Ausübung seines Berufes noch besonders zur Pflicht zu machen und ihm vorzuschreiben, sich innerhalb und ausserhalb seines Berufes der für denselben erforderlichen Achtung würdig zu zeigen, so darf hiernach nichts in den Kreis seiner Berufspflichten gezogen werden, was die Gewerbeordnung ausdrücklich von denselben ausschliesst. In den Berathungen des sächsischen Landtages ist jedoch ebenso wie bei den Verhandlungen der Aerztekammern über den preussischen Entwurf ausdrücklich betont worden, dass man mittels der ärztlichen Ehrengerichte u. A. dem unlauteren Wettbewerbe entgegentreten zu können denkt, der in der systematischen Gewährung ärztlicher Hilfeleistung, insbesondere an Ortskrankenkassen, gegen ein geringeres als das übliche Honorar gefunden wird. Nach dem oben Ausgeführten darf die Landesgesetzgebung dies ebenso wenig mit Strafe bedrohen, als die Weigerung des Arztes, seine Hilfe überhaupt zu gewähren. Wenn § 93 der Gebührenordnung für Rechtsanwälte die vertragsmässige Honorarvereinbarung zulässt, gleichwohl aber in der gewohnheitsmässigen Ausbedingung sowohl eines geringeren wie eines höheren als des gesetzlichen Honorars, eine nach §§ 28, 62 Anw.-O. ehrengerichtlich zu ahndende Handlungsweise gefunden worden ist, so ist dies zulässig, weil sowohl die Gebührenordnung als die Rechtsanwaltsordnung Reichsgesetze sind

Der § 28 ist eine lex specialis, der der allgemeinen Anordnung des § 93 Gebührenordnung vorgeht, wenn auch diese das jüngere Gesetz ist. Dagegen enthält der Versuch, eine reichsrechtliche Bestimmung durch eine landesrechtliche lex specialis auch nur theilweise ausser Kraft zu setzen, einen fundamentalen Verstoss gegen Artikel 2 der Reichsverfassung ... Wenn es wünschenswerth ist, dem ärztlichen Beruf eine dem Anwaltsstande gleichartige Organisation zu geben, so erscheint nach dem soeben Ausgeführten nur der Weg der Reichsgesetzgebung als hierfür gangbar. Ein Landesgesetz wird das gewollte Ziel kaum erreichen können, ohne sich mit den zahlreichen einengenden Bestimmungen des Reichsrechts in Widerspruch zu setzen. Dass dies dem preussischen Entwurfe oder dem sächsischen Gesetze vom 13. März 1896 gelungen wäre, muss bestritten werden. Das Letztere ist in seinen wesentlichen Bestimmungen schlechthin als rechtsungiltig zu bezeichnen.

Todesursache bei Grubenexplosionen. John Haldane von der Universität Oxford macht in seinem Bericht an die englische Regierung auf einen neuen Factor, der bei Grubenexplosionen in Betracht zu ziehen ist, aufmerksam. Die Anlage von ausgiebigen Ventilationsvorrichtungen der Kohlengruben hat die Zahl der Lungenkrankheiten, die früher die Bergbauarbeiter decimirten, wesentlich vermindert, dafür schliesst sie aber eine neue Gefahr in sich. Indem sich die Luftsäule beim Durchstreichen der Schachte erwärmt, nimmt sie alle Feuchtigkeit an sich und trocknet den Kohlenstaub so aus, dass er sich sehr leicht entzündet und explodirt. Diese Thatsache ist nach Ansicht der Sachverständigen ein wichtiger Factor für die Entstehung der Grubenexplosionen. Haldane zeigt nun, dass bei diesen Katastrophen die Haupttodesursache nicht die Verschüttung oder die Verbrennung, sondern die Einathmung des in den Explosionsgasen vorhandenen Kohlenmonooxydes ist. Fast in allen Fällen zeigen die Opfer die Rosafärbung der Haut, Röthung der Hände und des Gesichts und im Blute die charakteristischen Streifen des Carbooxyhaemoglobins. Diese Umstände und die Thatsachen, dass sehr oft neben ihren toten Eigenthümern die Lampen brennend gefunden werden, dass die bei der Rettungsarbeit Beschäftigten, trotzdem ihre Lampen ebenfalls ruhig fortbrennen, von Schwindel, Schwanken und Bewusstlosigkeit befallen werden, bestätigen, dass es sich hierbei um das Carbomonooxyd handelt. Dasselbe kann bereits bei einer Stärke von 1 Proc. in der athmosphärischen Luft tödtlich wirken, während die Kohlensäure, welche die Lampen rasch zum Erlöschen bringt, lange nicht so gefährlich wirkt. Als einen ziemlich sichern Indicator der drohenden Gefahr bezeichnet Haldane die weissen Mäuse. Bei diesen Thieren ist der Respirationswechsel ein 20 mal schnellerer als beim Menschen und sie unterliegen desshalb der Einwirkung des Gases sehr prompt. Die Mitnahme derselben in kleinen Käfigen wird daher empfohlen zur Controle der Respirationsfähigkeit der Grubenluft. Eine weitere Folgerung der Haldane'schen Untersuchungen ist die Zuführung frischer Luft zu den Verunglückten, eventuell die Mitnahme von mit Luft oder noch besser mit Oxygen gefüllten Schläuchen von Seite der Rettungsmannschaft, da, wie gesagt, der Tod durch Erstickung der häufigere ist und nur sehr langsam, meist erst im Laufe einer Stunde eintritt. F. L.

Ueber ein stummes Thermometer berichtete Dr. Mercier in der «Gesellschaft der Aerzte in Zürich». In vielen Fällen, besonders bei ängstlichen Patienten, sei es vortheilhaft, dass der Kranke über das Ergebniss der thermometrischen Messung nicht orientirt ist. Das «stumme Thermometer», das Mercier für diesen Zweck construirt hat, besitzt keine Scala; die Höhe der Temperatur lässt sich nur mittelst einer graduirten Metall- oder Glashülse bestimmen, welche über das Quecksilbergehäuse geschoben wird und immer in den Händen des Arztes bleibt.

Therapeutische Notizen.

Die Behandlung der Meningitis cerebro-spinalis mittelst heisser Bäder hat Wolisch-Lemberg in 7 Fällen bei Kindern im Alter von 5—10 Jahren versucht. 5 Kinder wurden geheilt, 2 starben. Verfasser gewann den Eindruck, dass unter dem Gebrauch der heissen Bäder die Krankheitserscheinungen sich entschieden milderten. Bei bestehendem Fieber erhöht das heisse Bad nicht die Körpertemperatur, sondern bewirkt im Gegentheil eine Herabsetzung des Fiebers.

Die Ausführung des Bades geschieht in der Weise, dass der Patient in ein Bad von 26—27° gesetzt wird, und dass dann allmählich soviel heisses Wasser nachgegossen wird, bis die Temperatur 32° R. beträgt. In's Bad wird der Eisbeutel oder der Leiter'sche Kühlapparat für den Kopf mitgegeben. Das Hineinsetzen in's Bad muss mit äusserster Sorgfalt geschehen. Das Abtrocknen nach dem Bade unterbleibt; der Kranke wird in ein Leintuch eingepackt, über das noch eine wollene Decke kommt. In dieser Einpackung bleibt der Kranke eine Stunde liegen. (Therap. Mon.-Hefte 1896, 5.) Kr.

Die Behandlung des Erysipels mit Vaselin hat Köster-Gothenburg in langen Jahren als die beste erprobt. (Therap. Mon.-Hefte 1896, 6.) Derselbe hat nacheinander die verschiedenen örtlichen Behandlungsmethoden versucht (Bleiwasser, Jod, Ichthyol, Sublimat) und gefunden, dass das Vaselin, das nunmehr in 130 Fällen verwandt worden ist, ebenso gut, bezw. ebenso schlecht wirkt, wie jedes der anderen Mittel. Einen Einfluss auf den erysipelatösen Process äussert das Vaselin in keiner Weise, wohl aber ist seine Anwendung frei von allen Nebenwirkungen, von Brennen und Geruch, und wirkt mildernd auf die unangenehme Spannung der Haut.

Die Hauptsache bei der Erysipelbehandlung ist die Behandlung der Allgemeinsymptome, Regelung der Diät und Erhaltung der Kräfte.

Die Drainage der Blase vom Damm aus empfiehlt Legueu-Paris in den Fällen hartnäckiger Cystitis, die allen anderen therapeutischen Bestrebungen trotzen (Ann. des mal. gén.-ur. 1895, 12). Mit diesem zuerst von Guyon empfohlenen Verfahren hat Verfasser 3 mal recht günstige Erfolge erzielt. Nach Eröffnung der Harnröhre am Damm wird zunächst ein Curettement der Blase vorgenommen und dann ein dickes Gummirohr in die Blase eingeführt. Dieses Gummirohr muss mehrere Wochen liegen bleiben.

Ueber Verwendung des Nitroglycerins bei Angina pectoris berichtet Schott-Nauheim im Heft 3, 1896 der Therap. Monatshefte. Bei der Verordnung des Mittels ist zu berücksichtigen, dass es seine beste Wirkung bei der reinen angiopathischen Form der Angina pectoris entfaltet, darnach bei Herzkrampf in Folge von Aortenfehlern. Viel weniger zuverlässig ist das Mittel bei Stenocardie im Gefolge von Myocarditis, Fettherz und weakened heart. Zeigen sich bei geringen Dosen des Mittels schon toxische Wirkungen (Erbrechen, Schwindel, Ohnmachtsanwandlungen), so soll man von seiner Anwendung besser überhaupt abstehen. Gegeben wird es am besten in flüssiger Form und in nicht zu geringer Dosis. Die beliebten Dosen von $^1/_2$—1 mg sind häufig viel zu gering. Am vortheilhaftesten ist folgende Zusammenstellung:

Nitroglycerin	0,2
Tinct. Capsici	2,5
Spirit. rectificatiss.	
Aq. menth. pip.	āā 12,5

MDS. 2—5—10 Tropfen nach Bericht.

In vielen Fällen hilft erst eine grössere einmalige Dosis, dann aber auch überraschend gut.

Zur Behandlung der Typhlitiden äussert sich Herz-Breslau im Aprilheft der Therap. Mon.-Hefte vom Standpunkt des internen Arztes. Er gibt zu, dass die grosse Mehrzahl aller Perityphlitiden einen eitrigen Kern besitzt. Ebenso zweifellos ist es aber auch dem Verfasser, dass die Mehrzahl dieser Eiterherde ohne chirurgische Behandlung ausheilt (Resorption des Eiters, Durchbruch in Darm, Blase u. s. w.), wie ja Aehnliches auch von anderen Eiterungen bekannt ist.

H. gibt eine sorgfältige Analyse der von ihm beobachteten 110 Fälle von Perityphlitis. 7 der Patienten sind gestorben. Von diesen 7 hätte einer vielleicht durch frühzeitige Operation gerettet werden können. Die Erscheinungen waren aber so wenig charakteristisch, dass, wenn man sich in solch einem Falle zu einem operativen Eingreifen entschlösse, man alle Patienten mit gleichen Symptomen laparotomiren müsste, also viele Dutzende von Malen unnützer Weise den Bauch aufschneiden, um vielleicht einen Patienten zu retten. Weiter ist zu berücksichtigen, dass durch die operative Behandlung die Heilungsdauer nicht verkürzt wird, dass bei chirurgischer sowohl wie bei interner Behandlung schwerere oder leichtere Beschwerden zurückbleiben können, dass die Vornahme der Operation durchaus keinen harmlosen Eingriff darstellt.

Indicirt ist die Operation bei schnell wachsendem Exsudat, bei Vorwölbung und Oedem der Haut und bei deutlicher Eiterung von der 2. bis 3. Woche ab. Bei allgemeiner Peritonitis kann man, so lange der Fall noch einige Hoffnung bietet, im Allgemeinen zur Operation rathen.

Die Grundsätze der inneren Behandlung sind: absolute Ruhe, flüssige Kost, Klystiere, Opium bis zum Verschwinden der kolikartigen Schmerzen. Bei zurückbleibenden Resistenzen Massage.

Zur Behandlung der Prostatahypertrophie empfiehlt Vautvin-Nancy in den ersten Perioden der Erkrankung als ganz wirksames Mittel die Elektrolyse. Bei andauernder Harnverhaltung empfiehlt sich die Urethrotomie am Damm und die Cystotomie. Doch wird man heute lieber zu der vielfach erprobten Castration bezw. Resection der Samenleiter schreiten. Die Prostatotomie und Prostatectomie sollen für ganz besondere Fälle vorbehalten bleiben. (Ann. des mal. gén.-ur. 1896, 3.) Kr.

Während der letzten Keuchhustenepidemie in Neapel hat Rocco in der dortigen pädiatrischen Universitätsklinik unter Professor Fede an einem zahlreichen Krankenmaterial die Rachenpinselungen mit 1‰ Sublimatlösung als beste Therapie erprobt. Die Pinselungen werden am besten mit Watte- oder Gazetupfern ausgeführt, mittelst deren man Zungengrund, Epiglottis, Uvula, Tonsillen, Gaumenbögen u. s. w. mit der Lösung benetzt. Rocco fasst seine Erfahrungen mit dieser Methode kurz folgendermassen zusammen: 1) die Behandlung der Pertussis mit Sublimatpinselungen des Rachens ist kein unfehlbares Mittel, gibt aber von allen bisher empfohlenen Methoden die besten und schnellsten Resultate; 2) diese Behandlung sollte daher stets vor allen anderen versucht werden, besonders in Fällen mit starkem Erbrechen, welches nach den Pinselungen sofort völlig verschwindet; 3) zwei Einpinselungen täglich genügen; 4) die Handhabung der Methode ist sehr leicht und bietet keinerlei Gefahr. Fl.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 11. August. Die Gesellschaft der deutschen Augenärzte, die vom 5.—8. August in Heidelberg tagte, hat die goldene Gräfe-Medaille Prof. Theodor Leber in Heidelberg zuerkannt. Die Gräfe-Medaille wurde 1885 von den Schülern, Freunden und Fachgenossen Albrecht v. Gräfe's gestiftet. Sie wird alle 10 Jahre vergeben, und zwar ohne Rücksicht auf besondere Nationalität oder Arbeitsrichtung dem Manne, der sich in den letzten 10 Jahren nach Ansicht seiner Mitarbeiter das grösste Verdienst um die Ophthalmologie erworben hat. Der Erste, dem die Gräfe-Medaille zugesprochen wurde, war Hermann v. Helmholtz. Er erhielt sie als Anerkennung für die unermessliche Förderung, die er durch die Erfindung des Augenspiegels und durch sein Handbuch der physiologischen Optik der wissenschaftlichen und praktischen Augenheilkunde gebracht hat. Die hohe Auszeichnung, die ihm jetzt durch die Zuerkennung der Graefe-Medaille zu Theil wird, verdankt Professor Leber seinen grundlegenden Arbeiten über die Entzündung. Mehr als 12 jährige Arbeit verwendete er auf das Studium der Entzündungslehre, in der er die grundlegenden Anschauungen Julius Cohnheim's weiter ausbaute. Zusammengefasst sind die Ergebnisse in der 1891 in Leipzig erschienenen umfangreichen Schrift: «Die Entstehung der Entzündung und die Wirkung der entzündungserregenden Schädlichkeiten».

— Am 1. October 1896 tritt die neue Allerhöchste Verordnung, betreffend die Abgabe starkwirkender Arzneien, sowie die Beschaffenheit und Bezeichnung der Arzneigläser und Standgefässe in den Apotheken in Kraft. Dieselbe gelangt in nächster Nummer zum Abdruck.

— In der am 7. August abgehaltenen Sitzung des internationalen Organisationscomité's des Psychologencongresses wurde beschlossen, den nächsten Congress im Jahre 1900 in Paris gelegentlich der Weltausstellung zu veranstalten. Gewählt wurden zum ersten Präsidenten Professor Ribot, zum zweiten Präsidenten Professor Richet, zum Generalsecretär Professor Pierre Janet. Hierauf wurden dem Antrage des Professors Ebbinghaus (Breslau) gemäss die Professoren Sidgwick (Cambridge) und Sully (London) beauftragt, im Namen des Comités bei der Royal Society (London) eine angemessene Berücksichtigung der Psychologie in dem geplanten Cataloge wissenschaftlicher Publicationen zu veranlassen. Dem internationalen Comité für den Congress 1900 gehören aus Deutschland an: Professor Stumpf (Berlin), Professor Lipps (München), Dr. Frhr. v. Schrenck-Notzing (München), Professor Flechsig (Leipzig), Professor Ebbinghaus (Breslau), Professor Hering (Leipzig), Professor Wundt (Leipzig) und Professor Preyer (Wiesbaden).

— Der VII. Verbandstag der Vereine deutscher Sprache für Reform des Bestattungswesens und facultative Feuerbestattung findet vom 4. bis 6. September in Hamburg statt.

— Die 27. Versammlung der deutschen anthropologischen Gesellschaft zu Speyer wurde am 3. August unter zahlreichem Besuch eröffnet. Die Eröffnungsrede hielt Professor Virchow aus Berlin. Als Ort für den nächstjährigen Congress wurde Lübeck bestimmt und an Stelle Virchow's, der satzungsgemäss ausscheidet, Baron v. Andrian-Werburg (Wien) zum Vorsitzenden gewählt.

— Die Versammlung der bayerischen Bahnärzte in Nürnberg fand eine starke Betheiligung. Der Vorsitzende, Herr Dr. Zeitlmann (München), referirte über die neue bahnärztliche Instruction, Herr Hofrath Dr. Stich (Nürnberg) über den Entwurf der neuen Statuten des Vereins bayerischer Bahnärzte, welcher angenommen wurde. Wir entnehmen hieraus, dass die Vorstandschaft des Vereins ihren Sitz in München hat und mindestens alle 3 Jahre eine Vereins-Versammlung stattfindet. Zum Vereinsvorstande wurde Dr. Zeitlmann, zu dessen Stellvertreter Dr. Schalkhauser, zum I. Schriftführer Dr. Beetz, zum II. Schriftführer Dr. Schmidt, zum Cassier Dr. v. Dessauer, zu dessen Stellvertreter Dr. Sartorius (sämmtliche in München), gewählt. In der gemeinsamen Sitzung der bayerischen und badischen Bahnärzte referirte Herr Dr. Zeitlmann über die Verhandlungen auf der internationalen Conferenz in Amsterdam, betreffend den Sanitätsdienst bei den Eisenbahnen. Herr Offizial Klein (München) machte sehr interessante Mittheilungen über die Morbiditätsstatistik bei den bayerischen Staatseisenbahnen. Die Herren Dr. Gelpke (Karlsruhe) und Dr. v. Forster (Nürnberg) referirten über die Erfahrungen bei Untersuchungen auf Farbenblindheit, Herr Dr. Gutsch (Karlsruhe) sprach über Verbandkasten und Transport von Verwundeten.

— Am 2. August fand in Erlangen die Erinnerungsfeier des 50 jährigen Bestehens der Kreisirrenanstalt von Mittelfranken statt. Dem Director Dr Bumm wurde Titel und Rang eines k. Medicinalrathes verliehen.

— Professor Dr. Francesco Denti wurde zum Specialoberarzt für Ophthalmologie an den Mailänder Krankenhäusern und zum Director der Augenklinik daselbst ernannt.

— Die allgemeine Ortskrankenkasse gewerblicher Arbeiter und Arbeiterinnen zu Berlin beschloss die Einführung der freien Arztwahl.

— In der k. Frauenklinik in München begann der Lehrcurs der Hebammen. An demselben betheiligen sich 72 Schülerinnen. — Der Staat hat von der Stadtgemeinde zur Errichtung einer Hebammenschule einen Platz an der Findlingstrasse zum Preise von 121,000 Mk. angekauft.

— Von deutschen Städten über 40 000 Einwohner hatten in der 30. Jahreswoche, vom 19. bis 25. Juli 1896, die grösste Sterblichkeit Stettin mit 44,2, die geringste Sterblichkeit Bielefeld mit 8,6 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Flensburg, Lübeck und Würzburg, an Scharlach in Flensburg, an Diphtherie mit Croup in Gera.

(Universitätsnachrichten) **Berlin.** In der med. Facultät habilitirten sich Dr. med. et phil. Josef Brandl, Mitglied des Reichsgesundheitsamtes (mit einer Schrift über die Wirkung der Schwermetalle) und Dr. Rudolf Krause, Assistent am II. anatomischen Institut (über Bau und Function der Schleimspeicheldrüsen). — **Breslau.** Professor Neisser hat den Ruf nach Berlin zur Uebernahme der (Lewin'schen) Klinik für syphilitische Krankheiten definitiv abgelehnt. — **Greifswald.** Privatdocent Dr. Enderlen ist als zweiter Arzt an die chirurgische Universitätsklinik zu Marburg berufen worden. Er tritt dort an die Stelle des Prof. Arthur Barth, der als Nachfolger Wilhelm Baum's die Leitung der chirurgischen Abtheilung des Stadtkrankenhauses in Danzig übernommen hat. — **Würzburg.** Der approbirte Arzt und dermalige Prosector des Instituts für vergleichende Anatomie, Histologie und Embryologie an der k. Universität Würzburg, Dr. Joh. Sobotta, wurde als Privatdocent in die medicinische Facultät aufgenommen.

Graz. Dr. Emanuel Finotti wurde als Privatdocent für Chirurgie an der medicinischen Facultät zugelassen — **Krakau.** Dr. Alexander Baurowicz wurde als Privatdocent für Laryngologie, Dr. Ladislaus Reiss als Privatdocent für Dermatologie und Syphilis an der medicinischen Facultät der Universität zugelassen. — **Prag.** In Berlin verstarb der Privatdocent für Chirurgie an der Prager Universität Dr. Rudolf v. Frey. — In **Serajewo** soll, wie aus Wien gemeldet wird, eine medicinische Facultät errichtet werden. — **Wien.** Dr. Friedrich Schlagenhaufer, Assistent am pathologisch-anatomischen Institute der Universität, wurde im Status der Wiener Krankenanstalten zum Prosector ernannt.

(Berichtigung) Im Protokoll des Aerztl. Vereins München (No. 31, S. 733) soll es (statt Herr Königsberger) heissen: Herr Leo Hönigsberger.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung: Fürstl. lipp. Sanitätsrath Dr. Eberh. Plattfaut, geb. 1852, approb. 1884, zu Bayreuth; Dr. Hans Westermayer, geb. 1870, approb. 1895, zu Selb; Dr. Karl Wieland, approb. 1894, zu München; Dr. Alois Schmidt, approb. 1884, zu München; Dr. Fuchs, geb. 1869, approb. 1896, zu Frensdorf (Bamberg II);

Verzogen: Dr. Denk von Muggendorf nach Ellingen; Dr. Hollaender von München nach Straubing; Dr. Ph. Klingel von Leipheim, B.-A. Günzburg a. D., nach Hohenfels, B.-A. Parsberg.

Versetzt: Der Bezirksarzt 1. Classe Dr. Adolf Burkart in Schongau wurde, seinem Ansuchen entsprechend, auf die Bezirksarztensstelle 1. Classe in Rosenheim versetzt.

In den Ruhestand versetzt: Der Bezirksarzt 1. Classe, Medicinalrath Dr. Carl Brug in Freising wurde unter Anerkennung seiner langjährigen und ausgezeichneten Dienste in den nachgesuchten dauernden Ruhestand versetzt.

Erledigt: Die Landgerichtsarztstelle in Landau, Bewerbungstermin 1. September.

Gestorben: Landgerichtsarzt Medicinalrath Dr. Keller in Landau i. Pf.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 31. **Jahreswoche** vom 26. Juli bis 1. August 1896.

Betheil. Aerzte 400. — Brechdurchfall 63 (38*), Diphtherie, Croup 24 (24), Erysipelas 8 (11), Intermittens, Neuralgia interm. 2 (—), Kindbettfieber 4 (—), Meningitis cerebrospin. 1 (—), Morbilli 12 (11), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 8 (8), Parotitis epidemica 2 (1), Pneumonia crouposa 6 (14), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 18 (23), Ruhr (dysenteria) — (1), Scarlatina 29 (33), Tussis convulsiva 37 (48), Typhus abdominalis 2 (1), Varicellen 6 (9), Variola, Variolois — (—). Summa 222 (222). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 31. Jahreswoche vom 26. Juli bis 1. August 1896.

Bevölkerungszahl: 406 000.

Todesursachen: Masern — (—*), Scharlach — (2), Diphtherie und Croup 1 (2), Rothlauf — (—), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyämie) — (2), Brechdurchfall 12 (5), Unterleibstyphus 1 (—), Keuchhusten 3 (3), Croupöse Lungenentzündung 1 (3), Tuberculose a) der Lungen 20 (23), b) der übrigen Organe 6 (3), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 2 (2), Unglücksfälle — (5), Selbstmord 3 (1), Tod durch fremde Hand — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 183 (171), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 23,4 (21,9), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 11,8 (11,4), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 11,4 (10,7).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der E. Mühlthaler'schen k. Hof-Buchdruckerei in München.